

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'INTERACTION PROFESSIONNELLE EN SOUTIEN À DOMICILE
DANS UN CONTEXTE PLURIETHNIQUE:
QUAND FAIRE, C'EST ÊTRE.
UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE EN MILIEU MONTRÉALAIS

THÈSE PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT EN COMMUNICATION

PAR
MARIE-EMMANUELLE LAQUERRE

JANVIER 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

AVANT-PROPOS

L'interaction professionnelle en santé en contexte interethnique fait l'objet de nos travaux depuis plus de dix ans maintenant. L'intérêt pour ce thème de recherche repose, à l'origine, sur la volonté que nous avons de mettre en lumière les aspects relationnels et humains de pratiques qui sont souvent regardées et analysées dans un but d'amélioration et d'efficacité des services. Nous avons eu l'opportunité d'étudier des situations de travail en santé dans différents milieux, auprès d'intervenants et de clientèles variées. Nous y avons découvert un univers complexe qui comporte de multiples enjeux sociaux, organisationnels et individuels.

Alors que nos travaux s'étaient jusqu'alors concentrées sur l'interaction professionnelle en santé en cabinet, nous avons eu l'opportunité de participer à une recherche sur l'interprétariat en soutien à domicile (Tremblay, Brouillet, Rhéaume et Laquerre, 2006). A titre d'agente de recherche, nous avons accompagné des intervenants chez des personnes âgées qui ne pouvaient s'exprimer en anglais ou en français pour voir la différence entre l'interprétariat assuré par un membre de la famille et celui fourni par un interprète professionnel. Cette première insertion dans le monde du soin à domicile fut pour nous une grande révélation puisque nous y avons découvert un espace unique de rencontre où la relation, plus personnalisée, laissait place à une interaction beaucoup plus souple, moins hiérarchisée et souvent remplie d'inattendus ... Et d'humanité... Nous avons ainsi assisté à des scènes où le familial et le professionnel s'entrecroisaient pour ne plus faire qu'un. Que ce soit une infirmière qui recolle la paire de lunettes de sa cliente; une fillette qui vient s'asseoir sur les genoux d'une ergothérapeute pendant que celle-ci parle à sa grand-mère ou une dame âgée qui nous raconte, via sa fille, son passé d'aviatrice... Nous étions captivées par cette forme de familiarité professionnelle qui se révélait sous nos yeux.

Se pouvait-il que nous ayons trouvé un terrain fertile pour analyser la rencontre interculturelle dans un contexte qui semblait remplir les conditions de sa réussite? L'idée d'en faire le thème de notre thèse de doctorat commença à faire son chemin.

Nous avons questionné, de façon informelle, des intervenants en soutien à domicile possédant différentes années d'expérience. Ceux qui pratiquaient depuis peu trouvaient l'intervention auprès des personnes âgées immigrantes plus difficile en raison, notamment, de l'existence de différences culturelles et de la présence de la barrière linguistique. Ils disaient, d'abord et avant tout ressentir beaucoup d'impuissance face à cette clientèle. D'autres intervenants plus expérimentés relevaient eux aussi certaines particularités et difficultés de l'intervention; mais ils ne manquaient pas non plus de mentionner les stratégies qu'ils avaient développées tout en relevant la richesse que pouvait procurer ces rencontres. Ces échanges nous auront confirmé que l'intervention en SAD en contexte interculturel était un thème qui soulevait des intérêts et des préoccupations réelles chez les intervenants.

Un tour rapide de la littérature nous aura démontré que les recherches sur le soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes étaient peu nombreuses. Nous avons donc choisi, dans une optique communicationnelle, de pousser plus loin l'étude du lien que les différents intervenants et professionnels du SAD établissent avec cette clientèle.

Nous tenons à spécifier que notre recherche ne se présente pas comme une critique du travail effectué par les intervenants du soutien à domicile. Elle se présente plutôt comme une vitrine qui aura permis de donner la parole aux acteurs de terrain pour mettre en lumière une dimension de leur travail qui est souvent occultée par la recherche, par l'organisation, mais aussi par les intervenants eux-mêmes. Espérons que cette étude pourra aussi favoriser la compréhension de la rencontre interculturelle

dans ce contexte de travail en faisant ressortir l'effet de l'ethnicité mais aussi des multiples cultures sur l'intervention, la relation et la communication.

Cette thèse n'aurait pu être produite sans la présence et l'apport de plusieurs personnes et organismes. Nous désirons tout d'abord remercier les intervenants et les intervenantes du PPALV des CLSC Métro, Côte-des-Neiges et Parc-Extension qui ont participé à notre recherche et ont accepté de partager avec nous leurs expériences de travail, les dimensions cachées du soutien à domicile ainsi que leur vision des soins et des services qu'ils procurent au quotidien. Leur contribution est d'une richesse inestimable puisque les résultats émanent de leurs actions et de leurs propos.

Nous souhaitons ensuite remercier Madame Nicole Huneault, directrice du PPALV au CSSS de la Montagne, les chefs de programme du PPALV des trois instances, ainsi que Madame Spyridoula Xenocostas, directrice du Centre de recherche et de formation (CAU) de ce même CSSS. Leur collaboration nous aura permis de faciliter notre lien avec les intervenants.

Nous tenons également à souligner la précieuse collaboration de nos directeurs, Jacques Rhéaume et Isis Brouillet qui auront, avec intérêt et passion, suivi l'évolution de nos travaux en les éclairant de leurs précieux conseils. Un merci particulier à Isis pour ses «pep talk» nombreux.

Nous exprimons finalement notre gratitude au Fonds Québécois de recherche en santé et société (FQRSC) ainsi qu'à l'équipe METISS du CSSS de la Montagne lesquels nous ont octroyé des bourses d'étude. Sans leur soutien, cette recherche n'aurait pu être réalisée.

A titre plus personnel, je tiens à remercier mes parents qui m'ont soutenue de multiples façons, avec amour et confiance. Vous êtes l'assise sur laquelle j'aurai pu m'appuyer pour poursuivre et terminer ce périple.

Merci aussi à Béatrice et à Denise qui m'ont guidée contre vents et marées, tout au long de ce voyage. Merci à Hélène pour ses lectures et relectures enthousiastes. Merci à Gil pour ses coups de fil encourageants. Merci de tout cœur à Lolo pour son amitié, son écoute, sa présence et son soutien qui me sont si précieux.

Merci à Sacha, mon rayon de soleil, pour ta patience, tes encouragements et ta grande compréhension.

Pour terminer, j'aimerais remercier, en pensées, Louise Tremblay, amie et collègue, partie trop tôt, trop jeune, qui aura été d'une grande inspiration pour l'élaboration de cette thèse.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	xiii
LISTE DES TABLEAUX.....	xiv
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xv
RÉSUMÉ.....	xvi
INTRODUCTION.....	2
 CHAPITRE I LE SOUTIEN À DOMICILE OFFERT AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE AU QUÉBEC.....	 8
 1.1 UNE POPULATION VIEILLISSANTE AUX MULTIPLES CONDITIONS ET AUX MULTIPLES VISAGES.....	 9
1.1.1 Les personnes âgées au Québec : état de la situation.....	9
1.1.2 De l'importance de tenir compte de l'hétérogénéité des personnes âgées au Québec.....	13
 1.2 L'OFFRE QUÉBÉCOISE DES SERVICES DE LONGUE DURÉE AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE.....	 17
1.2.1 Le programme de soutien à domicile pour les personnes âgées au Québec.....	19
 1.3 INTERVENIR EN SOUTIEN À DOMICILE : UNE TÂCHE MULTIDIMENSIONNELLE.....	 23
 1.4 LES ÉTUDES SUR LE SOUTIEN À DOMICILE.....	29

1.4.1	Les études sur le soutien à domicile auprès des personnes âgées en général.....	29
1.4.2	Les études sur le soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes.....	32
1.5	REGARDS PLURIELS SUR L'INTERACTION PROFESSIONNELLE EN SOUTIEN À DOMICILE EN CONTEXTE PLURIETHNIQUE.....	38
1.5.1	Objectifs de recherche.....	42
1.5.2	Questions de recherche.....	44
CHAPITRE II CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE.....		46
2.1	PRÉMISSES À L'ÉTUDE DE LA COMPLEXITÉ DES PHÉNOMÈNES DE RELATION, DE COMMUNICATION ET DE CULTURE DANS LES ACTIVITÉS DE TRAVAIL, DE SOINS ET DE SERVICES.....	47
2.1.1	Posture de recherche.....	47
2.2	LES CHAMPS DE SAVOIRS IMPLIQUÉS.....	50
2.2.1	La communication au travail : pratiques communicatives et pratiques professionnelles dans l'interaction.....	50
2.2.2	L'interaction professionnelle en santé.....	56
2.2.3	L'interaction en co-présence.....	64
2.2.4	La communication interpersonnelle en contexte pluriethnique.....	72
2.3	RÉFÉRENTS INTERPRÉTATIFS DE DÉPART.....	85
2.3.1	Travail prescrit, réel, vécu et part relationnelle du travail.....	86

2.3.2 L'interaction, la communication, la relation, le lien.....	87
2.3.3 Les éléments de contexte retenus.....	88
2.3.4 La mise en intrigue de l'événement culturel.....	96
CHAPITRE III	
CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	101
3.1 PRÉMISSSES DE DÉPART ET NIVEAUX D'ANALYSE.....	102
3.2 DIMENSIONS DE RECHERCHE À L'ÉTUDE.....	105
3.3 LA DÉMARCHE ETHNOGRAPHIQUE.....	107
3.4 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLONNAGE.....	109
3.4.1 Le territoire de notre recherche.....	111
3.4.2 Populations à l'étude.....	113
3.5 LES INSTRUMENTS D'INVESTIGATION.....	118
3.5.1 Premier outil de collecte : L'observation en situation.....	119
3.5.2 Deuxième outil de collecte : Les entretiens.....	121
3.6 L'ACCÈS AU TERRAIN.....	130
3.7 SOMMAIRE DES DONNÉES OBTENUES SUR LE TERRAIN.....	131
3.8 UNE DOUBLE DÉMARCHE D'ANALYSE.....	136

3.8.1 L'analyse écosystémique des relations.....	138
3.8.2 Une démarche inspirée de la théorisation ancrée.....	140
3.9 CRITÈRES DE RIGUEUR MÉTHODOLOGIQUE.....	146
3.9.1 Crédibilité des résultats (validation interne).....	147
3.9.2 La transférabilité des résultats (validation externe).....	152
3.9.3 La «constance interne» et la «fiabilité» (fidélité).....	153
3.10 TRAITEMENT DES DONNÉES, MODE ET STRUCTURE DE PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	155
3.10.1 Traitement des données recueillies.....	155
3.10.2 Mode de présentation des résultats.....	155
3.10.3 Structure de présentation des résultats.....	158
CHAPITRE IV OBSERVATIONS ET ENTRETIENS POST-OBSERVATIONS : PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	160
4.1 CE QUE NOUS RÉVÈLENT LES OBSERVATIONS ET LES ENTRETIENS POST-INTERVENTION.....	161
4.1.1 Cas 1 : La joute linguistique.....	162
4.1.2 Cas 2 : Quand la confiance règne.....	178
4.1.3 Cas 3 : La relation d'abord et les services ensuite.....	188
4.1.4 Cas 4 : L'infirmière pour la mère, les services pour le fils.....	198

4.1.5 Cas 5 : Mais que faire avec ces pilules?.....	214
4.1.6 Cas 6 : De la visite... et des services.....	225
4.1.7 Mise en commun des cas, analyse et discussion.....	249

CHAPITRE V ENTRETIENS INDIVIDUELS ET ENTRETIENS DE GROUPE: PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	267
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

5.1 CE QUE NOUS RÉVÈLENT LES ENTRETIENS INDIVIDUELS ET DE GROUPE.....	268
--------------------------------------------------------------------------	-----

PREMIÈRE RUBRIQUE : LES ASPECTS GÉNÉRAUX DU TRAVAIL EN SAD.....	269
--------------------------------------------------------------------	-----

5.1.1 Le travail en SAD : une culture au service du client.....	269
5.1.2 La relation, la clé du soutien à domicile.....	273

DEUXIÈME RUBRIQUE : L'EFFET DES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS SUR LE TRAVAIL.....	306
----------------------------------------------------------------------------------------	-----

5.1.3 Culture managériale et changements organisationnels, un péril en la demeure?.....	306
--------------------------------------------------------------------------------------------	-----

TROISIÈME RUBRIQUE : TRAVAILLER DANS UN CONTEXTE DE DIVERSITÉ.....	315
-----------------------------------------------------------------------	-----

5.1.4 La diversité avant la pluriethnicité.....	316
5.1.5 Les particularités de l'intervention auprès de la clientèle immigrante.....	322

5.1.6 Travailler dans un contexte pluriethnique, si facile que ça?.....	357
5.1.7 Au-delà des difficultés, des intervenants culturellement sensibles.....	369
5.1.8 Le temps et la relation, pour outrepasser la plupart des difficultés.....	370
5.1.9 Retour sur les entretiens, analyse et discussion.....	371
 CHAPITRE VI	
MISE EN COMMUN DES RÉSULTATS, FAITS SAILLANTS ET DISCUSSION.....	376
 6.1 RAPPEL DES OBJECTIFS ET DES QUESTIONS DE RECHERCHE.....	
	376
6.2 RETOUR SUR LES RÉFÉRENTS INTERPRÉTATIFS DE DÉPART.....	377
6.3 PRÉSENTATION D'UN MODÈLE DE L'INTERACTION PROFESSIONNELLE EN SOUTIEN À DOMICILE EN CONTEXTE PLURIETHNIQUE.....	383
6.4 PRÉSENTATION DES PROPOSITIONS THÉORIQUES.....	385
6.4.1 Première proposition théorique : Le temps de la relation, le temps pour intervenir.....	385
6.4.2 Deuxième proposition théorique : L'interaction professionnelle en SAD, à la rencontre de plusieurs espaces culturels.....	389
6.4.3 Troisième proposition théorique : Le poids de l'ethnicité dans l'intervention.....	393
6.4.4 Mise en commun des propositions : Relation, communication, cultures et ethnicité dans le travail en soutien à domicile.....	397
CONCLUSION.....	411

BIBLIOGRAPHIE.....	420
--------------------	-----

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Référents interprétatifs de départ.....	99
3.1 Les deux niveaux d'analyse dans un positionnement écosystémique et compréhensif.....	105
3.2 Application des critères de rigueur scientifique.....	154
4.1 Représentation des cas observés en fonction des pôles techniques et relationnels (Codage de Caradec, 1999).....	256
6.1 Figure synthétique de l'analyse combinée des données.....	382
6.2 Schéma interprétatif de l'interaction professionnelle en soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes.....	384

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Paramètres sélectionnés pour l'échantillonnage.....	111
3.2 Définition de la population.....	118
3.3 Informations sommaires sur les intervenants rencontrés.....	132
3.4 Sommaire des observations.....	132
3.5 Sommaire des entretiens individuels.....	135
3.6 Sommaire des entretiens de groupe.....	135
4.1 Résultantes de la relation en fonction des attentes des acteurs.....	262

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACCESSS	Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
AFS	Auxiliaire familiale et sociale
ASSS	Auxiliaire en santé et en service social
C	Client
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre locaux de santé communautaire
CRÉGES	Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
I	Intervenant
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PA	Personne âgée
PAI	Personne âgée immigrante
PAIR	Personne âgée d'immigration récente
PALV	Programme perte d'autonomie liée au vieillissement
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
SAD	Soutien à domicile
TP	Tierce personne
TS	Travailleur social

RÉSUMÉ

Cette recherche vise à décrire et comprendre les dimensions relationnelles et communicationnelles des activités de travail des intervenants en santé et en services sociaux travaillant en soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes dans un contexte pluriethnique en soulevant les aspects dynamiques, interactifs, (inter)subjectifs, culturels et structurels de cette interaction.

L'analyse du travail, l'interaction professionnelle en santé, les relations interpersonnelles et l'approche interculturelle sont les domaines qui ont été privilégiés pour élaborer notre cadre d'analyse. Les notions de contextes, d'interaction, de relation, de communication, de cultures, d'ethnicité et d'identités ont été étudiées en fonction de trois contextes sélectionnés au préalable soit : le contexte institutionnel, le niveau immédiat de la rencontre et la dynamique temporelle de la relation. Ces notions, reliées à la démarche méthodologique (démarche ethnographique) et aux instruments de collecte que nous avons utilisés (observations in situ, entretiens post-intervention, entretiens individuels et entretiens de groupe), nous ont fourni la possibilité d'articuler trois niveaux soit: 1- Le niveau de l'interaction et de la dynamique relationnelle entre les acteurs; 2- Le niveau du sujet, de ses motivations, de ses fonctionnements cognitifs et affectifs; 3- Le niveau du contexte social incluant l'institution, l'organisation, les mandats, les rôles et d'autres facteurs d'ordre structurel.

Le croisement des résultats démontre que le contexte très particulier du soutien à domicile en fait un lieu privilégié où l'élaboration de la relation intervenant-client peut prendre différentes formes en fonctions des attentes de chaque acteur. Les conditions de la relation, qui sont basées sur la confiance, le temps, la continuité, l'adaptation, l'ajustement, l'ouverture et le respect de l'individualité, sont les facteurs qui expliquent, en grande partie, la raison pour laquelle l'intervention en soutien à domicile permet le développement d'une pratique interculturelle basée sur la proximité, lorsque les attentes des acteurs vont dans ce sens.

La thèse démontre aussi que la culture, en lien avec l'ethnicité, n'est qu'un des éléments de l'intervention en milieu pluriethnique et qu'il importe de prendre en compte l'influence d'autres espaces culturels qui auront un effet aussi important sur l'intervention. Elle souligne aussi l'impact que peuvent avoir les cultures professionnelles et organisationnelles des intervenants, mais aussi celles de leurs origines ethnoculturelles, que ceux-ci appartiennent au groupe ethnique majoritaire

ou non. L'espace privé de la rencontre, son caractère plus intime et plus personnalisé peuvent engendrer la mise en relief des appartenances ethnolinguistiques, ethnoculturelles et ethnoreligieuses des intervenants, lesquelles seront parfois utilisées comme stratégie pour faciliter la relation, la communication, l'acceptation des services ou une meilleure compréhension du fonctionnement du système. L'intervention au domicile en fait aussi un lieu particulier où la différence culturelle peut prendre une toute autre ampleur et devenir un lieu de tension qui peut faire surgir des situations d'incompréhension venant interpeller l'intervenant dans ses identités professionnelles, sociales et personnelles.

L'intervention en soutien à domicile révèle, dans le microcosme qu'elle représente, la possibilité pour des individus issus de différentes cultures d'en arriver, lorsque leur système d'attentes concorde, à une intercompréhension qui repose sur l'ouverture, le respect, l'écoute, la confiance, la continuité, l'adaptation, l'ajustement et la reconnaissance mutuelle. Le temps et la relation sont les deux conditions qui permettent le déploiement d'une relation de proximité. Ils sont aussi des éléments essentiels de la réussite de l'intervention en contexte interculturel. Les changements organisationnels qui s'opèrent actuellement dans le réseau de la santé sont perçus comme une menace pour les fondements du soutien à domicile qui, justement, reposent, en grande partie, sur le temps et la relation élaborée avec les clients.

La démarche d'analyse et de réflexion proposée déborde des cadres théoriques actuels et intègre de multiples perspectives: communicationnelles, sociales, cliniques, critiques et éthiques. Un apport important de cette étude repose sur l'utilisation d'un cadre conceptuel multiréférencié, lequel a permis d'aborder le phénomène à l'étude à l'aide de différentes perspectives, de différentes méthodes et de différents outils de collecte qui, une fois combinés, ont permis l'élaboration de propositions théoriques et d'un modèle d'analyse qui regroupent les dimensions dynamiques, intersubjectives, subjectives, sociales, culturelles et structurelles qui caractérisent l'interaction en soutien à domicile auprès des personnes âgées en contexte pluriethnique.

Mots-clé : Rencontre interculturelle, interaction professionnelle, relation intervenant-client, soutien à domicile, personnes âgées immigrantes.

Les pratiques d'aide et de soin nous placent d'emblée dans un univers qui se passe sous le mode de la relation, de la rencontre entre deux individus sur laquelle on s'interroge quant à sa signification, sa permanence, ses conditions de possibilité.

Les pratiques d'aide et de soin sont traversées par une interrogation sur ces relations, qui ne vont jamais de soi, et dans le monde de l'aide à domicile plus qu'ailleurs, où cette dimension relationnelle est à la fois évidente et incertaine, affirmée et contestée, généralement ignorée dans les médias et les politiques.

Ces aspects relationnels ne vont pas de soi pour les intervenants de manière générale, les planificateurs et les gestionnaires de même que pour les chercheurs, en raison du peu de valeur que l'on accorde aux tâches domestiques réduites à leur dimension fonctionnelle et dont on ne perçoit pas les multiples dimensions et les nombreux effets qui débordent le domestique.

- Gagnon, Saillant, Montgomery et al. (1999) -

INTRODUCTION

Le Québec compte un nombre grandissant d'individus âgés de 65 ans et plus. La désinstitutionnalisation ainsi que la volonté des aînés de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel engendrent une augmentation de personnes âgées dites dépendantes qui reçoivent des services formels de soutien à domicile. Or, la diversité d'origine ethnoculturelle de cette tranche de la population vient modifier le profil traditionnel des aînés au Québec. Les prévisions démographiques, – qui tiennent compte de la volonté du gouvernement québécois d'augmenter le nombre d'immigrants dans les prochaines décennies –, prennent dorénavant en considération le caractère multiethnique de la population lorsqu'elles étudient le vieillissement et ses multiples enjeux individuels, sociaux, politiques et économiques.

Les personnes âgées de 65 ans et plus qui sont nées à l'étranger représentent actuellement près de 125 000 personnes à Montréal soit plus de 35% des aînés (Olazabal, 2011). Il nous apparaît d'autant plus important de tenir compte de cette catégorie spécifique d'aînés puisque les personnes âgées qui ne sont pas nées au Québec représentent, du moins dans certains quartiers, une forte proportion de la clientèle de soutien à domicile.

La revue de littérature scientifique relève que les connaissances et les pratiques actuelles dans le domaine des services de soutien à domicile adressées à des migrants sont faibles. Les quelques ouvrages traitant du sujet soulignent pourtant que les soins à domicile apportés aux immigrants âgés sont problématiques pour de nombreuses raisons (barrières linguistiques, méfiance, incompréhension mutuelle des cadres de

référence de chacun...) et ce, tant pour les intervenants du réseau formel que pour les bénéficiaires et leurs familles.

Le projet que nous défendons se propose de cerner l'activité de travail en soutien à domicile, telle qu'elle se vit au quotidien par les intervenants qui œuvrent dans ce service auprès des personnes âgées immigrantes. Une approche communicationnelle et interculturelle des situations de travail, basée sur un cadre de référence interactionniste et systémique, nous permettra, par l'entremise d'observations et d'entretiens, de faire ressortir les caractéristiques de l'interaction, de la communication, de la relation et du lien tout en cernant les facteurs qui les influencent. Une recherche qualitative, de type exploratoire et compréhensif représente, à notre avis, le meilleur moyen d'appréhender ce phénomène.

Nous avons adopté une approche à plusieurs niveaux dans le but de comprendre l'interaction en soutien à domicile dans ses multiples dimensions interactionnelles, subjectives et sociales. Étudier l'interaction professionnelle dans cette optique nous donne ainsi la possibilité de tenir compte à la fois des processus interactifs, des dimensions (inter)subjectives qui sous-tendent l'interaction et de tenir compte des éléments de contextes qui ont une influence sur la rencontre entre un professionnel et un client. Afin de circonscrire notre phénomène, nous avons choisi trois orientations soit : 1- Faire l'analyse directe des interactions de travail entre clients et professionnels (co-présence interactionnelle); 2- Faire un retour sur l'interaction qui vient d'avoir lieu en incluant le point de vue des personnes présentes dans l'interaction; 3- Donner un espace de parole aux acteurs, plus particulièrement aux intervenants, afin d'avoir accès à leurs connaissances expérientielles ainsi qu'au sens qu'ils donnent à leurs interactions.

Puisqu'un de nos objectifs était de mettre en intrigue l'événement culturel sans, a priori, «ethniser» notre sujet, le lecteur ne sera pas surpris de constater qu'une partie de nos résultats concerne les activités de travail des intervenants en soutien à domicile en général. Il est à noter que dans cette thèse, le terme de «culture» ne sera pas seulement entendu au singulier puisque l'on parlera tout autant de la culture, considérée comme un phénomène de communication, que des cultures (personnelle, professionnelle, familiale, etc.), qui ne sont plus perçues comme des «plasmas existentiels mais plutôt médiatisées par des individus et actualisées dans un temps et un lieu marqués par l'histoire, l'économie, la politique (...)» (Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996, p. 62).

Cette thèse se divise en six chapitres qui, malgré leur autonomie relative, montrent tout au long de leur développement, l'évolution de nos réflexions et de nos analyses. Certains éléments pourront parfois paraître répétitifs, mais c'est cette récursivité qui, au fil de l'avancement de la recherche, permettra d'asseoir les dimensions principales qui ont émergé de nos résultats (Derèze, 2009, p. 28).

Le premier chapitre présente, à titre introductif, la situation des personnes âgées au Québec ainsi que l'organisation des services de soutien à domicile qui s'adressent aux aînés en perte d'autonomie. Nous fournissons ensuite un aperçu des études qui se sont penchées sur ces services auprès des personnes âgées en général, puis auprès des aînés immigrants, annonçant l'intérêt que nous porterons aux dimensions interactives ainsi qu'à la part relationnelle et communicationnelle inhérentes à l'activité de travail dans ce contexte d'intervention particulier. Ces deux premiers points justifient la pertinence sociale et scientifique de notre étude. Nous présenterons, en dernier lieu, nos questions de recherche ainsi que nos objectifs.

Le deuxième chapitre expose les champs de savoir qui ont servi à l'élaboration de notre schéma interprétatif de départ. Les concepts que nous avons empruntés relèvent de l'analyse du travail, de l'interaction professionnelle en santé, des relations interpersonnelles et de l'approche interculturelle.

Le troisième chapitre présente le cadre méthodologique que nous avons employé pour accéder à notre terrain. Celui-ci repose sur le regard pluriel que nous avons adopté pour analyser notre phénomène. Nous tiendrons compte de l'univers de l'action (réalisation du travail en situation, interaction ponctuelle) et de l'univers des significations (vécu du travail, monde subjectif). La démarche ethnographique que nous avons utilisée nous a donné l'opportunité d'utiliser deux méthodes de cueillette de données, soit l'observation (description, analyse et décomposition des interactions *in situ*) et l'entretien (retour sur la situation d'interaction, vécu subjectif des acteurs). Les stratégies d'analyse de nos données reposent quant à elles sur une double démarche soit l'analyse écosystémique des relations et une analyse inspirée de la théorisation ancrée. Nous terminerons ce chapitre en présentant les critères de rigueur scientifique, et identifierons les opérations auxquelles ont été soumises les données

Il existe un risque certain lorsque l'on choisit de cerner un phénomène en employant des regards pluriels et des logiques différentes. Celui de *«s'engager dans une approche éclectique qui juxtaposerait des théories hétérogènes, voire incompatibles, et qui conduirait à un "mélange des genres" où chaque démarche perd son identité»* (Marc et Picard, 2008, p. 117). C'est pourquoi nous avons pris la peine de distinguer, de façon claire et précise, les différents niveaux d'analyse qui ont été pris en considération puisqu'ils ne relèvent pas des mêmes logiques et des mêmes démarches. Nous avons, pour ce faire choisi d'exposer progressivement la théorisation émergente, en fonction des instruments de collecte que nous avons utilisés.

Le Chapitre IV présente l'analyse et la discussion des éléments issus des observations. La dimension microsociale de l'intervention fut notre principal centre d'intérêt puisque nous porterons notre attention sur des points précis de l'activité de travail (relation, communication, tâche prescrite – tâche réelle – tâche vécue) pour comprendre, d'un point de vue dynamique et (inter)subjectif, ce qui se passe entre un intervenant et une personne âgée immigrante lors d'un épisode de soin ou de service en soutien à domicile. Le fait d'avoir développé en détail l'analyse de nos observations représente l'une des originalités de cette thèse.

Le chapitre V, relève quant à lui de l'exploration conjointe de nos entrevues individuelles et de groupe. Nous verrons, de façon plus spécifique, comment les intervenants du soutien à domicile perçoivent leur travail auprès des personnes âgées dans un contexte pluriethnique et ferons ressortir les dimensions, les effets et les influences que l'ethnicité et les cultures peuvent avoir sur le travail, la relation et la communication.

Une mise en commun de nos résultats fera l'objet de notre chapitre VI. Nous présenterons alors un schéma d'analyse révisé et des propositions interprétatives qui résultent de nos découvertes.

Nous présenterons, en conclusion, nos principales découvertes, nos apports, les limites de cette recherche ainsi que des pistes pour des travaux futurs.

Le sujet de notre étude possède son originalité du fait que le territoire étudié, c'est-à-dire celui des soins à domicile en contexte pluriethnique, n'a pas été investigué en profondeur lorsqu'il s'agit d'appréhender, d'un point de vue communicationnel et subjectif, les interactions, la relation et la communication qui s'élaborent entre les personnes âgées immigrantes et les intervenants pendant l'intervention. L'ajout du

facteur comparatif, voire le choix de mettre en scène différents types d'intervenants et des personnes âgées d'immigration ancienne et récente provenant de différentes origines ethniques et culturelles constituent aussi l'une des originalités de cette étude.

Bonne lecture.

CHAPITRE I

LE SOUTIEN À DOMICILE OFFERT AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE AU QUÉBEC

Le vieillissement et le maintien à domicile sont encombrants, ils durent, ils encombrent, ils se planifient mal, ils sont...chroniques [...]

Le maintien à domicile est très souvent défini et vécu par la société comme une activité sans grand intérêt, sans grand défi, situé à l'extrémité de la chaîne de la prise en charge de la maladie [...]

Le maintien à domicile n'est pas au cœur du système, mais bien tout au bout du couloir [...]

Le maintien à domicile est par définition «à domicile», donc privé, le plus souvent invisible, sinon impénétrable [...]

Le maintien à domicile des personnes âgées est un révélateur, ou mieux un analyseur des grandes questions qui se posent à notre société.

– Frédéric Lesemann, 2001 –

Puisque les références au social, les questions de logiques organisationnelle et institutionnelle constituent l'arrière-plan de cette thèse, nous amorçons ce chapitre en présentant, de façon succincte, la situation des personnes âgées au Québec ainsi que l'organisation des services de soutien à domicile qui s'adresse aux aînés en perte d'autonomie. Nous fournirons par la suite un aperçu des études qui se sont penchées sur le soutien à domicile pour démontrer que ce thème de recherche est encore peu

exploité, notamment sous l'angle sous lequel nous désirons l'aborder. L'exposition de ces deux premiers points justifie la pertinence sociale et scientifique de notre étude, tout en annonçant l'intérêt que nous porterons aux dimensions interactives ainsi qu'à la part relationnelle et communicationnelle inhérentes à l'activité de travail dans ce contexte d'intervention particulier. Nous présenterons, en dernier lieu, nos questions de recherche ainsi que nos objectifs, lesquels s'inscrivent dans une recherche qualitative de type exploratoire et compréhensif.

1.1 UNE POPULATION VIEILLISSANTE AUX MULTIPLES CONDITIONS ET AUX MULTIPLES VISAGES

1.1.1 Les personnes âgées au Québec : état de la situation

Le vieillissement accéléré des populations est un phénomène qui touche la majorité des sociétés occidentales. Le Canada, et plus spécialement le Québec, n'échappent pas à ce phénomène puisque la province, – considérée à la fin des années 1970 et au début des années 1980 comme l'une des sociétés les plus jeunes en Occident –, connaîtra l'un des vieillissements de sa population les plus rapides. Alors que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ne représentait que 5,8% des Québécois en 1961, cette cohorte formait, en 2006, 14,3% de la population. Les prévisions démographiques estiment qu'en 2051, la catégorie des aînés comprendra 30% de la population (Thibault, Létourneau et Girard, 2004; Statistiques Canada, 2007).

Les discours contemporains ont majoritairement tendance à considérer cet état de fait d'un œil pessimiste, d'où la tangente souvent alarmiste des propos dès que l'on aborde la question des conditions de vie des personnes âgées et les problèmes reliés au vieillissement de la population. Les thèmes d'isolement, de précarité financière, de mauvais traitements, de perte d'autonomie, d'aggravation de l'état de santé des populations dépendantes, de virage-ambulatoire, de désinstitutionalisation, de

responsabilisation des milieux naturels, de qualité de vie des personnes âgées, de prise en charge par la communauté, de coupure dans les services, d'accès difficile aux soins, de coûts sociaux et économiques élevés, sont des points couramment mentionnés qui nous renvoient l'image d'une vieillesse vulnérable, malade, fragilisée, dépendante, inadaptée qui, délaissée par ses proches et par l'État, représente un fardeau pour la société.

Cette vision misérabiliste des personnes âgées et des conditions dans lesquelles elles vivent, régulièrement relevée par les médias et le discours populaire, tient peu compte qu'«avoir 60, 65 ou 78 ans ne rend pas en soi une personne vulnérable» (Charpentier, 2002, p. 55) et qu'en réalité, une grande proportion des aînés se porte bien. Il existe ainsi un discours parallèle qui perçoit les personnes âgées de manière beaucoup plus optimiste : «Les attitudes à l'égard du vieillissement ainsi que les comportements envers les aînés sont les fruits d'ambivalences psychologiques, collectives et individuelles qui oscillent entre la négation, la répression ou l'idéalisation et la survalorisation» (Ministère de la santé et des Services sociaux, 1999, p. 47). Au Québec, il est possible d'affirmer que la majorité des personnes âgées jouit d'une santé¹ relativement bonne, ces dernières étant de plus en plus nombreuses à atteindre l'âge de 75 ans sans problème et sans incapacité² majeurs.

Il faut cependant tenir compte que le vieillissement comporte inévitablement des pertes et des dégénérescences, faisant en sorte que les aînés ont des besoins très

¹ Nous incluons, dans notre vision de la santé, le concept de «santé globale», tel qu'énoncé par l'OMS qui définit la santé comme étant «un état de bien-être physique, mental et social» qui «ne consiste pas seulement en une absence d'infirmité» (Charte de l'OMS, 1946).

² L'incapacité peut se définir comme «toute réduction (résultant d'une déficience) totale ou partielle de la capacité d'exécuter une activité de la manière ou dans la plénitude jugée normale pour un être humain» (Institut de la statistique du Québec, 2001, p. 1).

variables qui croissent en même temps qu'ils avancent en âge³. C'est pourquoi : «[...] ne pas reconnaître les deuils, les situations d'isolement et les incapacités physiques et cognitives qui affectent les gens âgés, c'est omettre de tenir compte d'une certaine réalité du vieillissement» (Charpentier, 2002, p. 55).

Un certain pourcentage de personnes âgées connaît donc divers ennuis de santé qui l'empêche, à des degrés variables, de remplir les activités de la vie quotidienne et domestique. Au Québec, le ministère de la santé et des services sociaux distingue trois degrés d'incapacités : légère, modérée et grave qui sont définis 1- en fonction du nombre d'activités pour lesquelles une réduction de la capacité est déclarée et 2- en fonction de l'intensité de cette réduction, laquelle peut être partielle ou totale (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001, p. 19). L'Institut de la statistique du Québec (2001), utilise quant à lui la notion de «dépendance» pour mesurer le degré d'incapacité des individus. Les personnes qui présentent une dépendance dite «modérée» peuvent faire les activités qui ont été énumérées plus haut, mais ont besoin d'aide pour les sorties, les tâches ménagères quotidiennes et la préparation des repas. Quant à celles qui présentent une dépendance grave elles ont besoin d'aide pour se déplacer dans la maison ou pour subvenir à leurs soins personnels : se laver, faire leur toilette, s'habiller, manger, faire les courses, préparer les repas, voir à l'entretien ménager.

Les statistiques récentes qui concernent les individus vivant en domicile privé nous apprennent que 14,9% des personnes âgées entre 65 et 74 ans et 31,6% des personnes âgées de 75 ans et plus présentent une dépendance modérée ou forte qui nécessite une aide et un soutien extérieurs afin d'amenuiser les conséquences de la perte

³ Les incapacités les plus répandues chez les personnes âgées sont associées à la mobilité (29%), à l'agilité (25%), à l'audition (14%) aux activités intellectuelles et à la santé mentale (8%) (Institut de la statistique du Québec, 2001; Lefebvre, 2003, p. 10).

d'autonomie (MSSS, 2005). 87,3% de ces personnes déclarent faire appel à leur réseau informel⁴ pour obtenir, sous une forme ou une autre, de l'aide et des soins (Lafontaine et Camirand, 2002). C'est souvent cette aide dite «informelle» qui permet le maintien à domicile de la personne âgée et évite que celle-ci ne se retrouve en centre d'hébergement public ou privé. La présence d'un réseau d'entraide est donc un facteur important qui a une influence sur la possibilité de la personne âgée de demeurer ou non dans sa maison ou son appartement. L'état de santé de la personne en perte d'autonomie n'étant cependant pas statique, il arrive que sa prise en charge devienne relativement lourde en raison de l'aggravation de ses incapacités physiques et/ou cognitives⁵. Souvent, «ce ne sont plus uniquement des personnes en légère perte d'autonomie que les familles sont appelées à prendre en charge, mais des personnes non autonomes» (Guberman et Maheu, 1994, p. 91). Lorsqu'il devient impossible pour les proches de subvenir aux besoins de l'ainé, les personnes âgées elles-mêmes,

⁴ On ne peut aborder le thème de la dépendance des personnes âgées sans tenir compte de l'importance que prend ce réseau informel dans le soin et le soutien accordés. Les statistiques nous apprennent qu'entre 70 et 85% de l'aide apportée aux personnes en perte d'autonomie proviendrait de celui-ci (MSSS, 2003, p. 3). La littérature concernant les personnes qui dispensent du soutien à un proche présentant des incapacités est d'ailleurs très abondante. Qu'elles soient appelées, «aides», «aidantes naturelles», «donneurs de soins» (*caregiver*), «aidantes informelles», «personnes soignantes», «personnes soutien», «soutien informel», «les proches», le «proche-aidant», «l'entourage», «le réseau de soutien», «les personnes ressources», «aidants surnaturels», ces personnes sont, dans la grande majorité, un membre de la famille, plus particulièrement une conjointe, un conjoint ou un enfant. Le profil de l'aide apportée par le réseau informel est tout aussi diversifié que les conditions des aînés à qui ils apportent des soins. La personne aidante peut vivre sous le même toit et être en mesure d'apporter des soins jour et nuit. Elle peut aussi vivre à proximité de l'ainé et l'aide qu'elle apporte consiste à effectuer des visites ponctuelles, à superviser la personne à distance, à l'accompagner à ses rendez-vous. Cette personne peut être épaulée par des aidants secondaires qui assument une partie des tâches (Mégie, 2005, p. 768).

⁵ Les nombreuses études montrent que cet «aidant principal», qui est en général de sexe féminin, est lui-même à risque de développer des problèmes de santé en raison de l'épuisement physique et psychologique qu'entraîne la prise en charge de la personne en perte d'autonomie. Les notions de «charge», de «fardeau», d'épuisement, de «devoir à accomplir», côtoient, en fonction du type d'études, celles d'«amour», de «respect», de «volonté de préserver la personne âgée dans son milieu naturel» (Lefebvre, 2003).

mais surtout leurs aidants n'ont d'autre choix que de faire appel au réseau formel de soins (Paquet, 1999).

Il existe aussi un nombre important d'aînés qui vivent seuls et qui n'ont pas ou peu de réseau proche ou éloigné. À Montréal par exemple, les données du dernier recensement canadien nous indiquent que sur les 224 380 personnes âgées de 65 ans et plus, 82 415, soit 36,7% de cette tranche de la population vit seule (Statistiques Canada, 2006). Lorsque ces personnes se retrouvent en situation de perte d'autonomie et qu'elles ne peuvent plus subvenir seules à leurs besoins, le réseau formel de soins devient souvent la ressource principale. Dans ces cas, le soutien à domicile se complexifie et nécessite plus de ressources de soins et d'aide de la part des services publics (Mégie, 2005, p. 768).

1.1.2 De l'importance de tenir compte de l'hétérogénéité des personnes âgées au Québec.

La tendance veut que l'on regroupe souvent les personnes âgées dans une même catégorie (Gibson et Stoller, 1998). Dresser un bilan des conditions de vie des personnes âgées, lorsque l'on consulte une grande partie de la littérature scientifique, signifie avoir accès à des données statistiques en fonction du sexe, des groupes d'âge, des incapacités, des degrés de dépendance, du type d'habitation dans lequel elles vivent, des ressources matérielles et sociales dont elles disposent. Il importe de se rappeler que le vieillissement n'est pas un processus uniforme et que les aînés forment une cohorte très hétérogène si l'on tient compte, entre autres, de différences

entre les sexes, de leurs caractéristiques physiologiques, psychologiques, sociales, économiques et culturelles⁶.

On peut parler d'hétérogénéité aussi si l'on tient compte de la présence d'une cohorte de personnes âgées issues de l'immigration ancienne ou récente, provenant de diverses origines ethnoculturelles, qui se fera de plus en plus importante et qui déjà vient modifier le profil traditionnel des aînés au Québec.

Les données du recensement canadien les plus récentes (Recensement canadien 2006) indiquent que les aînés immigrants forment, au Québec, 13,5% des individus âgés de 65 ans et plus (Statistiques Canada, 2009; Di Giovanni, Del Pozo, Retamal et *al.*, 2004). 61% de ces aînés immigrants sont des «immigrants de longue date», c'est-à-dire qu'ils ont immigré avant 1961: «Ces individus ont passé une bonne partie de leur vie au Québec et ils vieillissent ici» (Montejo, 2007, p. 9). Certains groupes ethnoculturels, – comme les Grecs, les Italiens et les Portugais –, comptent présentement un nombre si important de personnes âgées que le vieillissement et la prise en charge de ces individus sont devenus : «des situations sociales significatives au plan de la problématique particulière de ces communautés» (Guberman et Maheu, 1997, p. 2).

Notons de plus que l'on assiste à une augmentation régulière de l'immigration de personnes âgées vieillissantes en raison des politiques de réunification familiale⁷.

⁶ Plusieurs auteurs s'entendent pour reconnaître que les expériences, la signification de la vieillesse, la façon de vivre le vieillissement et le statut des personnes âgées varient d'une culture à l'autre tout comme ils évoluent dans le temps (Voir entre autres : Ulysse, 1997; Massé, 1995; McPherson, 1995, Ujimoto, 1995, Drieger et Chapelle, 1987; Corin, 1982, Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux, 2000).

⁷ Pour obtenir plus de renseignements concernant la politique de réunification familiale, nous recommandons au lecteur de consulter le site internet suivant :

Entre 2001 et 2007, le Québec a accueilli 275 000 personnes dont près de 20% sont des parents ou des grands-parents venus rejoindre leurs enfants⁸. Parmi ces individus, plus de 5000 étaient âgés de 65 ans et plus (MSSS, 2005). Bien que l'état de santé de ces personnes soit relativement bon lors de l'arrivée au pays, il faut reconnaître qu'en raison de leur âge, elles ont un risque plus élevé de connaître d'éventuels problèmes de santé qui mèneront à un besoin d'assistance, lequel sera promulgué par des proches et/ou par des réseaux de services privés et/ou par le réseau de services de santé formel (Lavoie et *al.*, 2006).

Une revue de la littérature concernant l'état des connaissances relatives aux personnes âgées qui ne sont pas nées au Québec rapporte qu'«il est étonnant de constater le peu de recherches qui ont été faites par rapport à l'état de santé physique et mentale des aînés immigrants au Canada, et en particulier au Québec» (Montejo, 2007, p. 17). Les recherches nous apprennent cependant que ces derniers présentent un profil de santé physique et mental très hétérogène qui, outre certaines particularités, est aussi diversifié que celui des aînés d'origine québécoise (Guberman et Maheu, 1997).

Nous tenons ici à spécifier que le terme «immigrant», tel qu'employé dans cette thèse, ne se réduit pas seulement au terme juridico-administratif qui définit une personne immigrante comme : «une personne née dans un pays autre que le Canada, qui n'a pas la citoyenneté canadienne de naissance et qui s'est établie au Canada» (Battaglini et Gravel, 2000, p. 2013). Cette façon de définir l'immigrant, utilisée abondamment dans le discours de sens commun, n'est que partielle puisqu'elle ne couvre qu'une partie de l'expérience migratoire, à savoir celle qui est perçue par la population qui accueille une personne venue d'ailleurs. Elle ne rend pas compte de

[http : //www.cic.gc.ca/francais/immigrer/parrainer/index.asp](http://www.cic.gc.ca/francais/immigrer/parrainer/index.asp)

⁸ Il faut noter que ces personnes sont arrivées à titre d'immigrants parrainés (pour une période de 10 ans avant d'obtenir un autre statut) ou à titre de réfugiés.

l'expérience, du processus migratoire et des effets de la migration – à court, moyen et long terme – tels que vécus par la personne qui immigrer.

A ce titre, il a clairement été démontré que certains facteurs, reliés à l'expérience migratoire, peuvent avoir un impact non négligeable sur l'état de santé des immigrants et sur leur façon d'utiliser les services de santé. Bien qu'immigrer ne comporte pas seulement que son lot d'effets négatifs sur la santé physique et mentale et qu'il demeure important de ne pas développer une vision misérabiliste des immigrants et de leurs conditions, plusieurs études soulignent que l'expérience migratoire et l'implantation dans le pays d'accueil peuvent, pour de nombreuses raisons, rendre une personne vulnérable. Ainsi, les conditions souvent difficiles de l'immigration, la durée de séjour au Québec, le poids des conditions socio-économiques, le statut d'immigration, l'âge lors de l'immigration, les traumatismes ante-migratoires, les conflits d'accommodations aux normes culturelles et sociales du pays d'accueil, l'absence d'un réseau social d'entraide, l'isolement social qui accompagne fréquemment les expériences migratoires, la séparation prolongée des familles, les modifications de rôles et de genres dans les rapports de couples, les modifications dans les rôles parentaux, l'acculturation des parents et des enfants à des rythmes différents, l'existence potentielles de difficultés linguistiques, la pauvreté, les préjugés raciaux, les stéréotypes, les attitudes négatives à leur égard, sont des facteurs qui ont de lourdes conséquences sur la santé physique et psychologique des immigrants en général, et qui peuvent avoir des répercussions non négligeables sur l'état de santé des personnes âgées qui ont connu l'expérience de la migration (Cognet, 2000b, p. 72-74).

Le portrait des aînés immigrants est lui-même très hétérogène puisqu'il se caractérise par sa grande diversité en fonction de multiples variables: diversité de provenances, d'origines ethnoculturelles, de langue(s) parlée(s), de pratiques religieuses; mais

diversité aussi au niveau du statut migratoire, de l'expérience migratoire, de l'histoire personnelle, de l'éducation, des valeurs, des croyances. Diversité, aussi, quant à leurs conditions socio-économiques, à leurs conditions de logement, quant à leurs problématiques de santé, quant à l'absence ou la présence d'un réseau d'entraide. La question de l'hétérogénéité ne reçoit généralement pas beaucoup d'attention. Les auteurs qui tiennent compte de l'existence de nombreuses variations s'insurgent d'ailleurs contre les recherches qui ont tendance à développer une conception homogénéisante des migrants âgés (Voir : Torres, 2008; Torres, 2006; Markides et Miranda, 1997; Gelfand, 1994; ACCESSS, 2000).

1.2 L'OFFRE QUÉBÉCOISE DES SERVICES DE LONGUE DURÉE AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Au Québec, l'offre des services de longue durée aux personnes âgées en perte d'autonomie s'est graduellement construite autour de deux axes principaux : les services de soutien à domicile et l'hébergement institutionnel. Depuis les 20 dernières années cependant, le secteur des ressources d'hébergement public ainsi que celui des services de soins et de santé offerts aux clientèles âgées de 65 ans et plus ont été profondément affectés par le désengagement gouvernemental et, par ricochet, les politiques de désinstitutionalisation⁹.

C'est dans une volonté de réduire les coûts reliés à l'hébergement des personnes âgées en institution, que la réforme des services de santé et des services sociaux de 1992 (Réforme Côté), décide de réduire l'accès à l'hébergement en institution publique et

⁹ Nous nous attardons ici aux personnes âgées. Mais cette politique de désinstitutionalisation concernait aussi les personnes handicapées, les malades chroniques, les personnes post-hospitalisées, les familles en difficulté. Suivront par la suite les clientèles en phase terminale, les cas de santé mentale et les personnes victimes du sida.

de convertir les centres d'accueil en Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), lesquels seront dorénavant uniquement réservés aux personnes très malades et très dépendantes qui se voient dans l'incapacité de demeurer dans un domicile.

Pour contrer cette réduction ainsi que la rareté des places en CHSLD, la réforme se sera tournée vers une augmentation et une amélioration des services à domicile¹⁰. En misant sur les services formels, mais aussi en prônant un retour de l'appui de la famille et de la communauté, on a adopté un discours qui encourageait les aînés à demeurer dans leur domicile jusqu'à ce que leur condition ne leur permette plus. Ce discours prévaut encore puisque: « [...] l'expansion des services à domicile s'inscrit dans l'orientation fondamentale qui guide actuellement l'évolution du système de santé et de services sociaux : le développement des services dans le milieu de vie » (MSSS, 2003, p. 2). Un autre facteur contribue à cette volonté de maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie puisqu'on ne peut passer sous silence le désir exprimé par une majorité de personnes âgées de vivre dans leur maison ou leur appartement le plus longtemps possible (Ducharme, Lebel et Bergman, 2001; MSSS 2001, 2005; Paquet, 1999, 2005; Guberman et Maheu, 1997). On peut ainsi percevoir, dans le projet du maintien à domicile, un certain consensus social puisque citoyens et politiques gouvernementales semblent aller dans le même sens : « Vivre à domicile le

¹⁰ Notons que les services à domicile ne sont pas une idée nouvelle. Il existait, en 1962, des unités de soins infirmiers à domicile qui visaient, d'une part, à éviter des hospitalisations précoces et d'autre part, à favoriser le retour rapide à leur domicile de certains patients hospitalisés. Les services à domicile seront intégrés au réseau public de service en 1971 (Création des CLSC) avec la Loi 65 sur les services de santé et les services sociaux (Réforme Castonguay). Le ministère de la santé et des services sociaux ajoutera en 1988, 1991 et 1992 des services d'aide à domicile pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie d'être assistées quotidiennement. Alors que les départements de santé communautaire fournissaient les soins à domicile et que les Centre de services sociaux étaient responsables des services d'aide (ménage, repas), le réseau des CLSC se voit transférer la totalité des services en 1993.

plus longtemps possible est beaucoup plus qu'une solution de rechange à l'institutionnalisation; il s'agit d'un projet de société socialement et politiquement valorisé» (Paquet, 1999, p. 38).

Selon les données du recensement canadien (2006) et selon le MSSS (2005), près de 90% des Québécois de 65 ans et plus, soit environ 972 256 individus, vivent en ménage privé, c'est-à-dire dans une habitation conventionnelle. Parmi ces personnes, 20% reçoivent des services de soutien à domicile, soit une sur cinq.

1.2.1 Le programme de soutien à domicile pour les personnes âgées au Québec

Les services de soutien à domicile se sont développés par vagues successives au cours des trente dernières années, au gré des diverses réformes du secteur de la santé et des services sociaux qui tentaient, tant bien que mal, de s'adapter aux bouleversements socio-économiques¹¹.

Ainsi, l'augmentation rapide du nombre de bénéficiaires, l'alourdissement des clientèles, la réduction continue des places en CHSLD, la transformation des services hospitaliers, l'intégration à la société des personnes handicapées et des personnes souffrant de troubles mentaux graves ont transformé les services à domicile qui devaient, à la base, être destinés principalement aux personnes âgées en perte d'autonomie (MSSS, 2003). L'insatisfaction sans cesse grandissante des milieux de pratiques, des bénéficiaires de soins ainsi que celle des personnes soutien, concernant

¹¹ La dernière réforme de la santé, entrée en vigueur en juillet 2004, aura mis fin à l'existence des régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) dans le but de les remplacer par des agences responsables de gérer de nouvelles divisions administratives, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) lesquels regroupent, dans un territoire élargi, des hôpitaux, des instances locales (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longues durées (CHSLD).

notamment l'alourdissement des clientèles, la gestion des services, le non-respect des attentes et des besoins des individus et de leurs aidants, ont incité le ministère de la santé et des services sociaux à réviser les services offerts aux aînés dépendants qui demeurent dans leur milieu de vie naturel dans le but de mieux orienter les actions.

Le document *Chez soi : le premier choix. La Politique de soutien à domicile* (2003, 2004)¹² constitue aujourd'hui la politique officielle en matière de services à domicile. Le texte reconnaît que le soutien à domicile est devenu le «*maillon stratégique des services publics*»¹³ et que tous les intervenants des services de santé et des services sociaux doivent contribuer à l'objectif de soutien à domicile lequel ne doit plus être envisagé comme «une mesure de substitution ou une solution de rechange» à l'hébergement en établissement, mais plutôt comme «la première option, au début de l'intervention»¹⁴ ainsi qu'à toutes les étapes» (MSSS, 2003, p. 5).

La vision proposée peut se résumer ainsi :

- 1- Le domicile doit toujours être la première option à considérer par tous les intervenants, et ce, à toutes les étapes de l'intervention;

¹² Le vocable «soutien à domicile» est préféré à «maintien à domicile», employé auparavant, pour la raison suivante : le terme «soutien» met l'accent sur la personne, en mesure d'exercer ses choix alors que le terme «maintien» renvoie à un objectif extérieur à la personne (MSSS, 2003, *note infra*, p. 7). Le MSSS a produit un document complémentaire en 2004 dans le but d'apporter des précisions à la politique de soutien à domicile.

¹³ Expression empruntée à Dumont-Lemasson, 1994, p. 48.

¹⁴ Yves Couturier (2002) fait remarquer l'extraordinaire diffusion de la notion d'intervention pour «dire et conceptualiser la pratique professionnelle dans les métiers relationnels», notamment au centre local de services communautaires (CLSC) : «Tant dans les écrits institutionnels que dans les discours spontanés, les uns et les autres nomment leur action intervention. En fait, la notion d'intervention s'est substituée peu à peu à la notion de relation d'aide en travail social et de soin en nursing» (p. 148).

- 2- Le proche-aidant¹⁵ est reconnu comme client qui a des besoins propres, comme partenaire et comme citoyen. Dans cette perspective, l'engagement du proche-aidant est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé;
- 3- L'intervention à domicile ne signifie pas seulement «offrir des services»; il faut adopter une approche de «soutien», ce qui veut dire considérer à la fois la situation de la personne, son entourage et son environnement;
- 4- Le domicile doit être un choix «neutre» financièrement pour l'utilisateur (MSSS, 2004, p. 1).

Le document expose ensuite en détail la gamme de services offerts, lesquels peuvent être regroupés en trois volets, soit :

- 1- Les services destinés à la personne (noyau de base des services à domicile) et ceux qui permettent d'agir sur son environnement immédiat comprennent :
 - a) Les soins et services professionnels (les services médicaux, les soins infirmiers, les services de nutrition, les services de réadaptation de base tels la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, l'audiologie), les services d'inhalothérapie, les services psychosociaux, les services d'organisation communautaire. A cette liste, s'ajoute l'accès à des services de consultation (psychogériatrie, gériatrie, psychiatrie) ainsi qu'aux services de réadaptation spécialisés;
 - b) Les services d'aide à domicile englobent : Les services d'assistance personnelle : ces services se distinguent par le fait qu'ils impliquent le toucher. Ce sont plus précisément les soins d'hygiène, l'aide à l'alimentation, la mobilisation, les transferts, ; les services d'aide domestique : l'entretien ménager, la préparation de repas, l'approvisionnement et les autres courses, l'entretien des vêtements, la lessive, etc.; les activités de soutien civique : administrer son budget, remplir des formulaires administratifs; les services de popote,

¹⁵ Pour le MSSS, le vocable «proche-aidant» désigne un rôle qu'une personne accepte librement de remplir, rôle reconnu par le système de santé et de services sociaux. Il est défini comme «toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité [...] Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami» (MSSS, 2003, p. 6).

d'accompagnement, les visites d'amitié; l'assistance à l'apprentissage; l'appui aux tâches familiales.

- c) Les services aux proches-aidants : Le gardiennage ou «présence-surveillance»; le répit, le dépannage, l'appui aux tâches quotidiennes, les services psychosociaux qui permettent aux proches-aidants de faire face à l'adaptation qu'entraîne – que nécessite – le fait d'accompagner une personne ayant une incapacité, en perte d'autonomie ou traversant un épisode de soins aigus, à toutes les étapes (diagnostic, traitement, réadaptation, soins palliatifs, etc.);
 - d) Le support technique requis à domicile (équipements, fournitures et aides techniques) [...] A ce noyau de base, il faut ajouter les services d'adaptation domiciliaire.
- 2- Les services au pourtour du domicile qui contribuent à l'objectif de soutien à domicile (services de centres de jour, activités de jour, hôpital de jour), ainsi que les services généraux et spécialisés offerts en ambulatoire et en établissement par le réseau de la santé et des services sociaux.
- 3- Le troisième volet regroupe des mesures relatives au logement, au transport adapté, à l'intégration sociale et professionnelle, les services municipaux, les mesures fiscales et les prestations destinées aux personnes ayant une incapacité et à leurs proches-aidants, les mesures de conciliation travail-famille (MSSS, 2003, p. 8, 41-43; MSSS, 2004, p. 34-35).

Les types de prestations, leur intensité ainsi que le choix des modalités sont modulés en fonction des besoins particuliers de chaque bénéficiaire. Ce sont les équipes de soutien à domicile des instances locales (CLSC) qui, en collaboration avec les autres professionnels et unités de services, sont responsables de l'organisation, de la planification et de la synchronisation des services sur leur territoire (MSSS, 2004, p. 23).

Concernant les soins de longue durée fournis par le programme-services PPALV (Programme pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement), la coordination repose sur le travail multidisciplinaire, lequel regroupe tous les professionnels qui interviennent auprès de la personne soutenue à domicile. Médecins, infirmières, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS)¹⁶, diététiste et autres intervenants travaillent donc ensemble pour favoriser le développement d'«une vision commune de l'intervention» (MSSS, 2004, p. 23). Chaque personne qui reçoit des services de soutien à domicile peut compter sur un intervenant principal qui agira en tant que coordonnateur (ou mandataire) des services qu'elle reçoit. Désigné sous l'appellation d'«intervenant-pivot» ou de «gestionnaire de cas», ses responsabilités consistent à : «maintenir un contact régulier, à informer et à accompagner la personne ou ses proches-aidants et, plus particulièrement, à agir de façon proactive lorsque la situation de la personne est instable. Le coordonnateur de services à la personne [...] doit être reconnu par tous les acteurs comme étant le responsable clinique de la coordination des services» (MSSS, 2003, p. 23).

1.3 INTERVENIR EN SOUTIEN À DOMICILE : UNE TÂCHE MULTIDIMENSIONNELLE

Le mandat des intervenants en soutien à domicile dépasse les seules compétences techniques reliées à la profession. Une intervention à domicile implique, pour le professionnel, qu'il privilégie une approche de «soutien». Celui-ci doit, dans cette optique, prodiguer, de façon simultanée, les services à la personne en perte

¹⁶ Cette appellation récente remplace aujourd'hui le terme «auxiliaires familiales et sociales» (AFS) lequel était en vigueur lors de notre étude de terrain. Il nous arrivera d'employer le vocable d'«auxiliaire» ou d'«AFS» puisque celui-ci est encore employé de façon courante par les intervenants, y compris les ASSS.

d'autonomie et le soutien aux proches-aidants. C'est lui aussi qui doit considérer le recours au support technique, l'aménagement du domicile dans le but de proposer les solutions les mieux adaptées en fonction des ressources disponibles, en fonction des attentes et des besoins du bénéficiaire et de son ou ses aidants, mais aussi en fonction de la situation qui évolue sans cesse dans le temps. La promotion de la santé, la prévention, les activités de dépistages ainsi que l'évaluation de la relation entre la personne âgée et l'aidant font aussi partie des multiples mandats des intervenants à domicile (MSSS, 2003, p. 23).

Le rôle des professionnels de la santé et des services sociaux travaillant en soutien à domicile est donc fondamental puisque ce sont les décisions qu'ils prennent – en fonction des ressources disponibles – qui influencent, en grande partie, les services offerts aux bénéficiaires et aux personnes soutien. Comme l'affirme le ministère de la santé et des services sociaux dans un document intitulé *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*: «Dans ce secteur d'intervention, l'initiative des intervenants [...] est centrale. C'est à eux qu'appartient la responsabilité première de mettre en œuvre les moyens qui vont assurer la qualité des services [...]» (MSSS, 2001, p. 35).

On constate que le mandat prescrit des intervenants du soutien à domicile est vaste et que même s'ils ne sont pas les seuls acteurs dans ce système de soins et de services, professionnels et para-professionnels¹⁷ ils «sont au cœur de la relation entre, d'une part, les grandes politiques et les grandes structures administratives, et, d'autre part, entre les personnes qui ont besoin d'aide» (McAll, Tremblay et LeGoff, 1997, p. 13-

¹⁷ En raison du statut professionnel qui n'est pas officiellement reconnu aux auxiliaires de santé et de services sociaux (ASSS), nous faisons une distinction entre les intervenants professionnels (travailleurs sociaux, infirmiers, ergothérapeutes, diététistes) et ces derniers. Ce sujet fait d'ailleurs l'objet de plusieurs débats que nous devons occulter dans cette thèse, bien que celui-ci soit un des grands enjeux de la pratique en soutien à domicile. Voir, entre autres, les travaux de Cognet (2000a, 2002, 2010) et de Bonnet (2006).

14). Ils se retrouvent de ce fait aux confluent de conceptions différentes lorsqu'ils interviennent puisque s'entremêlent, entre autres, les logiques institutionnelles, professionnelles, familiales et personnelles. Ces réalités, qui font la particularité du soutien à domicile, entraînent nécessairement une adaptation des professionnels qui doivent, pour définir et réguler les interventions, dépasser les cadres normatifs habituels de leur pratique de métier pour se soumettre aux logiques familiales (Paquet, 1999). Comme l'indiquent Clément et Lavoie (2001) :

On ne peut pas [...] interpréter la prise en charge professionnelle de la vieillesse fragilisée dans les seuls termes d'une professionnalisation. Si les services sont les promoteurs de logiques techniques, rationnelles, ils doivent négocier avec d'autres logiques qu'ils sont prêts à reconnaître car les individus qui travaillent dans ces services sont porteurs de valeurs relativement proches de ceux qu'ils doivent assister, en particulier sur le plan des normes familiales (p. 102).

Le MSSS (2003) affirme à cet effet qu'il faut éviter la «sur-professionnalisation du domicile» (p. 4) en raison des caractéristiques particulières de l'intervention reliées, entre autres, à la philosophie entourant le soutien à domicile mais aussi au lieu de travail qui est le territoire du client et non celui de l'intervenant. Dans cette optique, «les services à domicile ne peuvent être considérés comme un simple "catalogue" de services qui doivent être nécessairement offerts au domicile d'une personne [...] ou comme un simple "site de soins"» (MSSS, 2003, p. 7).

Le lieu d'intervention est donc un des éléments de contexte fondamental qui modèle l'intervention : «Pénétrer l'espace domestique d'une personne qui a ses habitudes et ses manières de vivre ne se fait pas au hasard et sans précaution» (Gagnon et *al.*, 2000, p. 85). Car aller au domicile, «c'est entrer sur le territoire privé, un territoire autre qui appartient au soigné, à la famille, avec ses rites, ses systèmes, ses symboles.

Il n'y a pas d'intervention efficace qui ne prenne profondément en compte ces réalités» (Lesemann, 2001, p. 5).

En travaillant dans le milieu de vie des individus, les professionnels doivent en effet prendre en compte la réalité familiale et culturelle de chaque situation puisque, comme le reconnaît le MSSS :

[...] le respect des valeurs culturelles, de la situation familiale et de la situation sociale des usagers sont fondamentaux pour que s'établisse une relation de confiance entre l'intervenant, le bénéficiaires et, s'il y a lieu, le réseau familial de la personne âgées (2003, p. 4).

La rencontre à domicile transforme donc les intentions de communication de l'intervenant qui ressent la volonté, voire même parfois la nécessité «de développer un lien social (qui dépasse le lien strictement professionnel) avec le client» (McAll, Tremblay et LeGoff, 1997, p. 67). La politique de soutien à domicile reconnaît d'ailleurs que les aspects humains de l'intervention sont tout aussi importants que les aspects techniques (MSSS, 2003, p. 26).

Ainsi, même si l'intervenant est employé par le CLSC, son intervention : «[...] n'est plus vraiment une intervention du CLSC comme tel. C'est plutôt l'univers des rapports sociaux caractérisant le milieu domestique qui a un impact sur l'intervention et en fait quelque chose de qualitativement différent» (Mc All, Tremblay et LeGoff, 1997, p. 108).

Il n'en demeure pas moins que «l'intervention à domicile est un problème de confrontation d'habitudes et de cultures» (Vercauteren et Babin, 1998, p. 68). Qu'il s'agisse de composer avec les réticences ou les exigences de l'aidant ou de la personne âgée; de passer par-dessus les déficits communicationnels (sensoriels,

cognitifs, problèmes d'élocution, barrières linguistiques, différences culturelles); de développer des stratégies pour atténuer les divergences qui surviennent entre lui, les bénéficiaires et les aidants; l'intervenant doit relever quotidiennement des défis communicationnels et relationnels majeurs qui sont liés à tous ces aspects de la pratique en soutien à domicile. Tous ces facteurs font à la fois la richesse et la complexité du jeu relationnel qui s'instaure et prend forme dans les services à domicile si l'on conçoit, en plus, qu'il faut tenir compte de la particularité de chaque situation ainsi que de la grande variabilité des conditions d'interventions.

Or, ces singularités ne sont pas seulement considérées par les intervenants comme faisant partie des caractéristiques «ordinaires» de la pratique quotidienne. Elles entraînent leur lot d'incertitudes, de frustrations, d'interrogations, de remises en question qui concernent, entre autres, leurs rôles et les responsabilités inhérents à leur pratique (Lesemann, 2001; Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000; McAll, Tremblay et LeGoff, 1997; Vercauteren et Babin, 1998). Des travaux démontrent que les professionnels et les intervenants en soutien à domicile se sentent parfois dépassés par l'ampleur des cas, par la complexité des situations, et qu'ils se voient dans l'impossibilité de couvrir adéquatement certaines clientèles (Roy, 1994).

Ils affirment de plus que la portée est souvent réduite en raison de la diversité des conditions et des cultures des personnes âgées et de leur famille, lesquels entraînent des conflits de valeurs entre les services formels et les bénéficiaires¹⁸. Comme l'affirment Vercauteren et Babin (1998), l'intervention à domicile est une «rencontre

¹⁸ Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003); Champoux, Lebel et Gosselin, 2005; Charpentier, Michèle, 2002; Clément et Lavoie, 2001; Ducharme, Lebel et Bergman, 2001; Firbank, 2003; Guberman et Maheu, 1994, 1997, 2001; Hasselkus, 1988; Lavoie et al., 1998; Lesemann et Martin, 1993a, 1993b; Lesemann et Chaume, 1989; Mégie, 2005; Paquet, 2005, 2001a, 2001b, 1999; Roy, 1994; Saillant, Hagan et Boucher-Dancause, 1994; Trépanier, 2002; Vercauteren et Babin, 1998; Vézina, 2001.

complexe d'individus et d'intimités, pouvant provoquer un choc pour chacun d'entre eux [...]» (p. 68).

La dimension relationnelle de l'intervention représente, dans cet ordre d'idées, un enjeu quotidien pour les intervenants puisque ce contexte de travail particulier, qui sous-tend «un déplacement de l'attention des services en tant que tels vers la relation de soin» (Gagnon, 2001, p. 2), souligne l'importance du rapport intervenant-client dans l'activité, mais aussi les défis personnels – et partagés – ainsi que les difficultés qui en découlent pour toutes les parties concernées.

Si les études démontrent que, parmi la population majoritaire, il existe une diversité des conditions et des cultures qui rendent la tâche difficile aux intervenants, d'autres indiquent que les problèmes peuvent être accentués lorsque les professionnels de la santé et des services sociaux interviennent auprès de personnes âgées qui possèdent une culture d'origine autre que canadienne française ou canadienne anglaise¹⁹. Il est d'ailleurs reconnu que l'hétérogénéité grandissante de la population, en raison notamment d'une immigration de plus en plus diversifiée, transforme le paysage de l'activité de travail en santé et en service social puisque : «[...] l'installation des populations immigrantes aux origines de plus en plus variées dans les mégapoles canadiennes (Toronto, Montréal, Vancouver) et la pluriethnicité qu'elle engendre définissent un contexte spécifique pour l'intervention sanitaire et sociale» (Cognet, 2000b, p. 70). Ce «contexte spécifique», tel que précisé par Cognet (2000b) se définit comme étant:

¹⁹ Voir entre autres : ACCESSS, 2000; Battaglini et Gravel, 2000; Cognet et Verghnes, 2001; Marguerite Cognet, 2000b; Das, Émoung et *al.*, 2003; Di Giovanni et *al.*, 2004; Fostier, 2005; Gibson et Stoller, 1998; Guberman et Maheu, 1997; Lavoie et *al.*, 2006; McAll, Tremblay et LeGoff, 1997; Montejo, 2007; Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000; Samaoli, Linblad, Amstrup et *al.*, 2000; Tremblay et Sévigny, 2000; Tremblay, Rhéaume, Brouillet et *al.*, 2006.

un espace relationnel entre des «intervenants» et des «clients» originaires de groupes ethniques divers, chacun occupant des positions sociales différentes et ayant des représentations de la santé, de la maladie et du bien-être, des systèmes et des services propres à ses expériences biographiques et à sa culture (p. 70).

1.4 LES ÉTUDES SUR LE SOUTIEN À DOMICILE

1.4.1 Les études sur le soutien à domicile auprès des personnes âgées en général

Les façons d'aborder les études sur le soutien à domicile auprès des personnes âgées en général s'inscrivent dans les préoccupations sociopolitiques qui transforment actuellement plusieurs sociétés occidentales soit, le vieillissement des populations, la crise des finances publiques et les orientations en termes de politiques sociales, notamment au niveau du désengagement de l'État dans la prise en charge des personnes fragilisées, lequel transfère une grande part de ce mandat aux familles (Clément et Lavoie, 2001).

Le vécu et la situation des aidants (attentes, besoins, motivations, souffrances, épuisement, état de santé, tâches assumées, stratégies adaptatives) ainsi que la volonté de comprendre l'interface entre la sphère publique et la sphère privée, entre le réseau formel (politiques et services publics, *professional home health services*) et informel sont les dimensions qui ont été les plus investiguées lorsque l'on jette un regard sur les recherches sociales nord-américaines et européennes (*home care, home health care and in-home care, elderly home health care, homecare, domiciliary care, maintien à domicile, soutien à domicile, aide à domicile*) qui se sont penchées sur le soutien à domicile. À ce titre, tout un courant de recherche nord-américain s'inscrit dans un paradigme du stress et des stratégies adaptatives. Ce courant s'est essentiellement penché sur l'évaluation de l'effet de services spécifiques (groupes de

soutien, services de répit ponctuels) sur l'état de santé des aidants en considérant leur recours aux services comme une stratégie rationnelle. Une recherche plus sociologique, d'origine britannique, s'est quant à elle intéressée, dans une optique critique et plus macrosociale, au rôle structurant de l'État (grandes politiques gouvernementales, rationnement des services, instances sociales et sanitaire) (Clément et Lavoie, 2001). Les relations intervenant/proches aidants, les attentes respectives, la perception du rôle de chacun, l'adéquation des services, le rôle joué par les services formels de soutien auprès de la personne âgée ou de son réseau de soutien sont les thèmes principaux qui ont fait l'objet de ces travaux²⁰.

D'autres thèmes de recherches issus de la psychologie, de la psychosociologie ou de la psychodynamique du travail se sont penchés sur les représentations et le vécu des intervenants en soutien à domicile, notamment en ce qui concerne les ambiguïtés reliées à la définition et à l'application des tâches (tâches prescrites, tâches réelles et importance de la part relationnelle en lien avec la tâche technique dans ce contexte particulier d'intervention) (Bonnet, 2006, p. 74; Caradec, 1999), à la souffrance reliée à ce type de travail (épuisement, flou identitaire chez certains travailleurs, invisibilité du travail, stratégies protectrices) (Saillant, 2000, 1999, 1992; Saillant, Hagan, Boucher-Dancause, 1994; Gagnon, David, Cloutier et *al.* 2003). Plusieurs de ces travaux ont pris une perspective féministe pour dénoncer le surinvestissement ainsi que la non-reconnaissance du travail des femmes (poids du genre et de l'ethnicité, notamment chez les auxiliaires familiales) dans le secteur du soutien à domicile, - considéré comme un service peu valorisé en raison de l'espace domestique où s'accomplit le travail (Cognet, 2010, 2004, 2002, 2001, 2000a; Cognet et Fortin, 2003; Cognet et Raigneau, 2002; Saillant, 1991, 1992, 1996; Neysmith, 1996).

²⁰ Il nous est ici impossible de mentionner les nombreux travaux en lien avec ce thème. Nous invitons le lecteur à se référer à notre bibliographie où il retrouvera certains titres.

Les travaux entourant la relation intervenant-client en contexte de soutien à domicile se sont surtout penchés sur la nature et le type de relation qui s'établissait entre un intervenant et une personne âgée ainsi que sur les facteurs qui contribuent au développement de la relation (Djaoui, 2007; Dalton, 2005; Caradec, 1999; Bonnet et Minary, 2004; Bonnet, 2006; Bonnet, 2008; Gagnon et *al.*, 2000; Gagnon, Saillant, Montgomery et *al.*, 1999; Eustis et Fischer, 1991; Kane, Kane, Illston et *al.*, 1994; Piercy, 2000; Corbin et Strauss, 1990, 1988). D'autres recherches démontrent que la relation est un facteur essentiel qui prime parfois sur le service, qui détermine la qualité des soins et des services offerts et reçus ainsi que la satisfaction qui en découle et ce, tant chez l'intervenant que chez le client (Woodruff et Applebaum, 1996; Piercy et Woolley, 1999; Gagnon et *al.*, 2000).

L'aspect dynamique et interactif de la relation intervenant-client âgé et, s'il y a lieu, des membres de son réseau de soutien a quant à lui été peu abordé dans le contexte du travail en soutien à domicile. Les études qui se sont penchées sur ce thème se sont pour la plupart intéressées au vécu et aux perceptions des aidants (Dilworth-Anderson, Williams, Gibson et *al.*, 2002; Guberman et Maheu, 1997) ou au vécu et aux perceptions des intervenants (McAll, Tremblay et LeGoff, 1997; Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000; Gagnon et *al.*, 1999) laissant peu de place aux points de vue des personnes âgées elles-mêmes²¹ ou à la situation directe d'intervention. Ajoutons que ce ne sont cependant pas tous les types d'intervenants qui ont fait l'objet de ces études puisque la relation professionnel-client en soutien à domicile s'est surtout intéressée aux auxiliaires en santé et en services sociaux (ASSS) («*home health aides*» ou «*para-professional homecare workers*» dans les travaux de langue anglaise; «aide à domicile» dans les travaux d'origine française et jusqu'à tout

²¹ Bien que le point de vue de la personne âgée qui reçoit les soins ou les services n'est pas l'objet premier des travaux, nous avons relevé certaines recherches qui s'y sont intéressées: Bass et Noelker, 1987; Burton, Kasper, Shore et *al.*, 1995; Miner, 1995; Norgard et Rogers, 1997.

récemment «auxiliaires familiaux et sociaux» (AFS) au Québec) et aux infirmières («*nursing home care*», «*home care nursing*», «*home health nurse*») (Piercy, 2000).

1.4.2 Les études sur le soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes

La revue de la littérature nous a permis de constater que les connaissances et les pratiques actuelles dans le domaine des services de soutien à domicile adressées à des migrants âgés sont faibles (Montejo, 2007; Dilworth-Anderson, Williams, Gibson et *al.*, 2002; ACCESSS, 2000; Connell et Gibson, 1997). Au Québec, Guberman et Maheu (1997), qui, ont été des pionniers dans ce domaine, parlaient même de «quasi-absence de connaissances sur le sujet au Québec» (p. 12)²². Une recension plus récente concernant la situation des personnes âgées des communautés culturelles mentionne qu'«il n'y a actuellement que très peu d'informations sur les aînés immigrants qui se trouvent dans les institutions publiques et qui ont des besoins relatifs à leur perte d'autonomie tels que l'hébergement adapté et le maintien à domicile» (Montejo, 2007, p. 18).

Les travaux qui se sont intéressés à la thématique du soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes se sont penchés, souvent dans une optique culturaliste, sur les dynamiques de soutien informel, sur les besoins particuliers des familles des minorités culturelles qui prennent soin d'un parent âgé, ainsi que sur les résistances reliées à l'utilisation de ces services (Connell et Gibson, 1997; Firbank, 2001; Johnson, 1994; ACCESSS, 2000; Lavoie et *al.*, 2006).

²² Leur ouvrage intitulé : *Les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne* constitue «une première véritable incursion en milieu ethnoculturel, relative à la prise en charge des personnes âgées en contexte québécois» (ACCESSS, 2000, p. 124).

Le faible nombre d'écrits sur le soutien à domicile et les personnes âgées immigrantes découle notamment de l'hypothèse selon laquelle les immigrants âgés seraient peu enclins à faire appel aux services de santé formels en raison de leur attitude plus familialiste. Ce postulat expliquerait en grande partie la réticence des familles à recourir aux services pour leur proche, la responsabilité familiale étant davantage valorisée chez certaines communautés ethnoculturelles.

Cette façon d'expliquer l'aide et les soins apportés par les familles immigrantes à leur proche aîné est aujourd'hui contestée par d'autres recherches qui montrent que la prise en charge de la personne âgée par sa famille, dans les communautés ethnoculturelles, serait davantage reliée à des facteurs d'ordre structurel – l'âge, l'état de santé de l'aîné, le mode de résidence (cohabitation ou non), le statut migratoire, les problèmes d'éligibilité liés aux lois d'immigration, la situation économique de la personne âgée mais aussi celle des membres de la famille, les contraintes financières, le statut social, les problèmes de langues, des expériences de soins antérieures décevantes, le manque de connaissances concernant les services – plutôt qu'au devoir filial ou à des facteurs d'ordre culturel (Lavoie et *al.*, 2006; ACCESSS, 2000; Guberman et Maheu, 1997; Markides, 1998; Keefe, Rosenthal et Béland, 2000; Samaoli, Linblad, Amstrup et *al.*, 2000). Ces travaux souhaitent ainsi relativiser la place accordée à la culture et à l'appartenance à un groupe ethnique comme seuls facteurs d'explication et démontrent que la réalité entre les familles de souche et les familles immigrantes n'est pas si différente que l'on pourrait penser, notamment en raison du processus d'acculturation qui ferait en sorte que : «les familles immigrantes de minorités culturelles en viendraient à adopter les mêmes valeurs et les mêmes stratégies de cohabitation et de prestation de soins que les familles du pays d'accueil» (Lavoie, Pépin et Lauzon, 1998, p. 3²³). Notons cependant que les chercheurs qui

²³ Voir à ce sujet : Kritz, Gurak et Likwang, 2000; Wilmoth, 2001; Miller, Campbell, Davis et *al.*, 1996.

adoptent ce discours ne nient pas pour autant l'existence de spécificités ethnoculturelles (traditions, valeurs, croyances, comportements) ni leurs rôles potentiels dans l'utilisation des services formels ainsi que dans la prise en charge d'un proche âgé (Cantor et Brennan, 2000).

Des recherches québécoises qui se sont penchées sur l'utilisation (plutôt que la non-utilisation) ainsi que sur la satisfaction des services chez les membres des familles immigrantes prenant soin d'un proche âgé démontrent que les familles considèrent pour la plupart le Canada comme étant «un pays de services» (Lavoie, Guberman, Battaglini et *al.*, 2006, p. 36) et qu'elles montrent peu de résistance à faire appel au réseau formel pour leur parent âgé (Firbank, 2001, p. 122-123). Les appréhensions seraient donc moins grandes qu'on ne le pense puisque :

Les familles sont très ouvertes et sollicitent différents types de services ou d'aides, qu'il s'agisse de l'aide sociale, des services à domicile, des centres de jour ou encore de HLM. Seul l'hébergement en centre de soins de longue durée semble soulever des réticences (...)» (Lavoie, Guberman, Battaglini et *al.*, 2006, p. 37).

On constate à cet effet que les services d'hébergement et les services de soutien à domicile – comparativement au bilan de satisfaction rapporté pour les services médicaux et hospitaliers –, sont sources de nombreux mécontentements chez les membres des communautés culturelles : «Au plan des services de longue durée, notamment les services à domicile, le bilan est nettement plus mitigé [...] Plusieurs familles indiquent que les services ne répondent tout simplement pas à leurs besoins et qu'il leur est impossible d'obtenir l'aide qu'elles jugent nécessaire [...] Elles sont plusieurs à noter leur insuffisance, leur rigidité et leur incapacité à répondre à leurs besoins» (Lavoie, Guberman, Battaglini et *al.*, 2006, p. 48). L'inadéquation des services, la complexité bureaucratique, la méconnaissance des ressources, les

problèmes de langue et de culture, le manque d'informations ainsi que des relations difficiles avec les intervenants sont les causes qui sont le plus souvent mentionnées et qui créent une certaine méfiance chez les personnes âgées immigrantes et leur famille (Guberman et Maheu, 1997; Centre de recherche et d'expertise de gérontologie sociale, CSSS Cavendish, CSSS de la Montagne et *al.*, 2007).

Les résultats de notre recension démontrent que les informations sont peu nombreuses lorsque l'on s'attarde aux questions qui touchent les rapports entretenus entre les aînés migrants et les intervenants du réseau de santé. Les recherches qui se sont penchées sur cette question particulière montrent que les intervenants ont tendance à percevoir la personne âgée immigrante comme quelqu'un ayant des besoins spéciaux plutôt que comme un individu universel (Torres, 2006) alors que d'autres travaux montrent la présence de dysfonctionnements reliés à la barrière linguistique et à des différences dans les habitudes socioculturelles relatives, d'une part, aux sphères de l'intimité (le corps, la toilette, l'espace domiciliaire) et d'autre part, aux sphères identitaires (alimentation, pratiques religieuses, etc.) (Samaoli Linblad, Amstrup et *al.*, 2000).

Il existe par contre une littérature abondante en ce qui concerne la relation de services et de soins en contexte pluriethnique. Ces travaux, indépendamment de l'approche²⁴ adoptée (culturaliste, interculturelle, multiculturelle, structurelle, systémique, instrumentale) soulignent les aspects particuliers et souvent difficiles de la relation qui s'établit entre les populations immigrantes et les différents types de professionnels ou d'intervenants des services sociaux et de santé pendant la rencontre ponctuelle (Cognet et Verghnes, 2001, p. 15). Les études montrent que les

²⁴ Le terme «approche» signifie pour nous, le point de vue adopté pour regarder un phénomène. Les notions de «vision», de «regard» et de «perspective», lorsqu'employées dans le texte, seront considérées comme des synonymes du mot «approche».

circonstances de l'interaction intervenant-client immigrant ainsi que les impacts que peuvent avoir les différences ethnoculturelles sur le processus d'intervention sont des facteurs qui ont une forte influence sur les soins et les services et qui peuvent avoir des répercussions sur le choix de continuer de faire appel ou non au réseau formel (McAll, Tremblay et LeGoff, 1997). La majorité des recherches ont soit porté sur des entrevues auprès d'intervenants provenant de diverses professions (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, auxiliaires en santé et services sociaux) ou sur différents contextes de travail (CLSC, services courants, hôpitaux, médecine familiale, soins à domicile). Ce sont donc majoritairement les représentations des intervenants ainsi que leurs comportements rapportés qui ont fait l'objet de ces travaux.

Outre la complexité et la nouveauté des problèmes, sont entre autres relevés l'ambiguïté de la relation et de la communication, un inconfort envers la différence ainsi que les risques éthiques et déontologiques engendrés par la réalisation d'activités qui sortent du cadre habituel de travail. Ainsi on mentionne des divergences reliées à des différences dans les cadres de références, les valeurs, les attitudes, les comportements, les normes, les règles de conduite, les croyances, les conceptions et les pratiques lesquels transforment notamment, les visions de la famille, l'organisation familiale, la structure du groupe, les rôles et les statuts des membres, les modèles d'éducation, la perception de l'espace et du temps, les codes d'échange interpersonnels, les rapports hommes-femmes, les conceptions de la santé physique et mentale, de la maladie, de la vie et de la mort, les conceptions des services et du rôle professionnel des intervenants²⁵. Comme le mentionnent McAll,

²⁵ Pour de plus amples informations sur ce sujet, il est recommandé de consulter les écrits de Cognet et Montgomery (2007); Jimenez, Oxman-Martinez, Loiselle-Léonard et *al.* (2000); Rhéaume, Sévigny et Tremblay (2000); McAll, Tremblay et Le Goff (1997); Hohl et Cohen-Emerique (1999); Ntetu et Vissandjée (1997); Battaglini et Gravel (2000); Arpin (1992); Laperrière et *coll.* (1992); Legault

Tremblay et Le Goff (1997), ces différences culturelles sont généralement associées à différentes formes d'appartenances, voire aux différentes origines nationales (haïtienne, polonaise, roumaine, etc.); aux différentes origines régionales (antillaise, latino-américaine, etc.); à l'appartenance religieuse (juif, musulman, etc.); à l'appartenance à différents groupes linguistiques (anglophones, francophones, hispaniques, etc.) ou à des identités «racisées» (les noirs, par exemple) (p. 20).

Les points saillants qui émergent de ces réflexions sont les suivants : Du point de vue des professionnels et des intervenants du réseau, on considère que l'ethnicité est un facteur qui complexifie l'intervention bien que l'on reconnaisse que d'autres aspects reliés à l'identité du client, tels l'histoire de migration, le niveau d'éducation, la pauvreté et le genre sont des facteurs qui jouent aussi un rôle dans l'établissement du lien professionnel-bénéficiaire. On constate en général que «le problème repose essentiellement sur l'incapacité de communiquer... aussi bien verbalement que culturellement» (ACCESSS, 2000, p. 93; voir aussi : Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000). Il en résulte des «sentiments d'insatisfaction, d'incompréhension, voire de frustration éprouvés tant chez les clients membres des groupes ethnoculturels que chez le personnel intervenant» (ACCESSS, 2000, p. 93). Il existerait ainsi des zones d'incompréhension culturelle dans la relation face à face entre intervenant et client immigrant qui complexifient les rapports et qui transforment les façons de communiquer, d'établir la relation et modifient l'intervention.

et Lafrenière (1992); Legault et Roy (2000); Meintel, Cognet et Lenoir-Achdjian (1999); Sévigny, (1997).

1.5 REGARDS PLURIELS SUR L'INTERACTION PROFESSIONNELLE EN SOUTIEN À DOMICILE EN CONTEXTE PLURIETHNIQUE

La littérature contemporaine ainsi que de nombreuses études sociologiques soulèvent l'importance d'accroître les recherches relatives aux services de soins s'adressant aux personnes âgées en général (voir entre autres Lachapelle, 2002 et Charpentier, 2002). Elle souligne aussi l'importance de prendre en considération le caractère hétérogène et multiethnique de la population lorsque sont étudiées les problématiques reliées au vieillissement, plus particulièrement en ce qui concerne les différents enjeux reliés à la santé et à l'utilisation des services qui y sont afférents (Gauthier, 2004).

Si l'on compare aux études concernant les populations âgées en général, on constate que les travaux se font peu nombreux lorsque l'on s'attarde aux expériences subjectives des acteurs qui participent à des épisodes de soins ou de service auprès des personnes âgées immigrantes. Les études qualitatives qui ont exploré les pratiques de soins auprès des personnes âgées d'immigration récente appartenant à une minorité ethnique sont encore moins nombreuses (Elliott et Gillie, 1998; Lavoie, Guberman, Battaglini et *al.*, 2006). Le fait de porter une attention à ces dimensions s'inscrit ainsi dans les préoccupations sociales actuelles et permettra de mettre en lumière des pans de la réalité qui ont jusqu'à ce moment été occultés ou, du moins, peu investigués.

Or, si l'on conçoit qu'il est difficile de circonscrire, dans une même catégorie, les personnes âgées en raison de leur grande hétérogénéité et de leurs vécus multiples, il en est de même pour les personnes âgées immigrantes qui présentent, elles aussi, des profils multiples. Des penseurs qui s'intéressent à la question du vieillissement et de l'ethnicité (*minority aging*) soulignent l'importance de ne pas généraliser les conditions des PAI (personnes âgées immigrantes) ou celles de certains groupes

ethniques (vision culturaliste), comme l'on fait plusieurs études quantitatives, statistiques et démographiques, afin de ne pas donner une vision stéréotypée de ces derniers (Torres, 2008; ACCÉSSS, 2000; Markides et Miranda, 1997; Gelfand, 2003, 1994; Karner, 1998). Il faut de ce fait convenir que les recherches démographiques classiques de type quantitatif ne pourront à elles seules fournir les informations nécessaires pour bien cerner cette catégorie de la population ainsi que les spécificités qui la concernent en termes de profils et de besoins.

C'est la raison pour laquelle nous croyons que les expériences de vie ainsi que les points de vue qualitatifs et subjectifs deviendront des sources d'informations précieuses pour la réalisation de recherches en lien avec l'ethnicité, le vieillissement et l'utilisation des services de santé, puisqu'ils permettront d'obtenir une vision plus représentative de la réalité (Torres, 2008). Nous ne souhaitons cependant pas «stigmatiser» les immigrants dans une catégorie «à part», c'est pourquoi nous chercherons aussi à faire ressortir les similitudes existantes avec les personnes âgées d'origine canadienne.

Le projet que nous défendons se propose de cerner, dans une optique communicationnelle, l'activité de travail en soutien à domicile en contexte pluriethnique, telle qu'elle se vit au quotidien par les intervenants qui œuvrent dans ce service auprès des personnes âgées immigrantes. Nous croyons, à l'instar de Samaoli, Linblad, Amstrup et *al.* (2000), que «Connaître l'interaction soignant-soigné et les questions essentielles qui se posent aux premiers en termes de gestion des soins peut ouvrir la voie à une meilleure compréhension des liens existant entre le système sanitaire et les migrants âgés [...]» (p. 182).

L'interaction professionnelle en soutien à domicile auprès des personnes âgées en contexte pluriethnique devient, dans cet ordre d'idée, l'objet principal de notre

recherche bien que cette thématique s'insère dans une perspective plus large : celle d'une communication de travail exercée en situation de travail donc, naturellement influencée par l'organisation qui la sous-tend.

La relation ponctuelle lors d'un épisode de service ou de soin - tout comme plusieurs thèmes de recherche en communication d'ailleurs - ayant «souvent été enferm[e], à un extrême, dans la pure psychologisation et, à l'autre, dans une rationalisation techniciste» (Cosnier, Grosjean et Lacoste, 1993, p. 10), il nous semblait important de dépasser ce clivage en articulant ces perspectives sans que l'une ne soit réduite par l'autre²⁶. Nous souhaitons pour cela adopter une approche à plusieurs niveaux dans le but de comprendre l'interaction en soutien à domicile dans ses multiples dimensions interactionnelles, subjectives et sociales. Étudier l'interaction professionnelle dans cette optique nous donne ainsi la possibilité de tenir compte à la fois des processus interactifs, des dimensions intersubjectives²⁷ qui sous-tendent l'interaction et de tenir compte des éléments de contextes plus généraux qui ont une influence sur la rencontre entre un professionnel et un client. Un tel regard nous permet aussi de nous référer à différentes disciplines et d'utiliser des concepts, des démarches²⁸ et des méthodes²⁹ «qui peuvent être utilisés pour analyser toute forme de relation, avec

²⁶ Les travaux axés sur le fonctionnement psychologique des individus (de la psychanalyse au cognitivisme), ayant pour unité de base le psychisme individuel, considèrent généralement la communication comme une activité parmi d'autres et prennent peu en compte sa spécificité. A l'inverse, les travaux centrés sur la dimension interactionnelle de la communication (ceux qui s'inspirent de la pragmatique linguistique, de l'analyse conversationnelle ou de l'approche systémique) tendent, pour la plupart, à négliger le sujet communicant (Marc, 2005a, p. 35).

²⁷ Nous utilisons le terme intersubjectivité pour montrer que l'interaction sous-tend la rencontre dynamique de deux subjectivités qui interagissent entre elles.

²⁸ Le terme «démarche» signifie pour nous les stratégies employées, voire les modes d'approches utilisés (par exemple, l'ethnographie), pour atteindre un objectif à partir de l'approche adoptée. La notion de «stratégies» lorsqu'employée dans le texte, sera considérée comme un synonyme du mot «démarche».

²⁹ Le terme «méthode» sera quant à lui employé pour désigner les méthodes de cueillette de données (ou instruments d'investigation) que nous avons utilisées mais il vaudra

l'idée qu'il existe des notions transversales qui peuvent s'appliquer à différents types de liens sans négliger la spécificité propre à chacun» (Marc et Picard, 2008, p. 116).

Richard et Lussier (2005) adoptent cette prise de position lorsqu'ils affirment, au sujet de l'interaction professionnelle en santé, qu'«il n'existe pas de situation où on pourrait communiquer une information qui soit détachée des dimensions sociale, interpersonnelle et relationnelle. Ainsi, de ce point de vue, toute la complexité sociale et intrapsychique est immanente au langage, et elle transparaîtra dans le discours» (p. 12). Rhéaume, Sévigny et Tremblay (2000), qui ont étudié, d'un point de vue sociolinguistique, la sociologie implicite³⁰ des intervenants en contexte pluriethnique s'insèrent eux aussi dans cette volonté de croiser ces niveaux pour rendre compte des phénomènes complexes. Selon eux :

A la limite, l'opposition entre le sociologique, le psychologique et le sociopsychologique est affaire de points de vue. Points de vue qui ne sont pas irréconciliables en eux-mêmes et qui sont surtout utiles parce qu'il est difficile de rendre compte de tout en même temps (p. 11).

Rendre compte de tout en même temps.... Un projet utopique que nous ne prétendons nullement réaliser, quoi que nous souhaitons cerner notre phénomène à l'aide de dimensions et de regards pluriels pour en dresser un portrait le plus exhaustif possible.

aussi signifier la méthode d'analyse que nous avons choisie d'employer pour faire émerger les résultats de notre terrain.

³⁰ La sociologie implicite s'inscrit dans le domaine de la sociologie de la connaissance et porte plus spécifiquement sur le rapport de la théorie à l'action. Cette notion déborde le cadre strict des interactions interpersonnelles, tel qu'on le privilégie le plus souvent dans les études fondées sur l'interactionnisme symbolique, l'ethnométhodologie ou la science-action. Tout en incluant ce niveau de connaissance, elle comprend aussi l'ensemble des concepts par lesquels les praticiens interprètent et donnent un sens aux autres dimensions de leur pratique (organisationnelles, institutionnelles, sociétales).

1.5.1 Objectifs de recherche

Notre objectif de recherche est de décrire et de comprendre les dimensions relationnelles et communicationnelles dans les activités de travail des intervenants en santé et en services sociaux travaillant en soutien à domicile auprès des personnes âgées dans un milieu pluriethnique. Nous tenons à spécifier que nous choisissons délibérément de mettre l'accent sur l'analyse et la compréhension de l'interaction professionnel-client. Un tel choix implique que nous aborderons de façon moins spécifique la dimension collective du travail (relations entre les intervenants, relations entre gestionnaires et intervenants), quoique nous prendrons en compte cette dimension puisqu'elle se veut interreliée à notre questionnement.

Comme nous souhaitons suggérer des pistes qui mèneront à une meilleure compréhension des interactions professionnel-client en contexte de travail, en contexte gérontologique et en contexte pluriethnique, nous proposons une démarche d'analyse et de réflexion qui débordera des cadres théoriques actuels et intégrera de multiples perspectives: communicationnelles, sociales, cliniques, critiques et éthiques³¹.

Nous proposons de mener une recherche qualitative exploratoire à visée compréhensive. Étude exploratoire, d'une part, puisque nous souhaitons circonscrire un objet de recherche peu investigué pour faire ressortir les dimensions qui le caractérisent tout en ayant pour objectif de proposer de nouvelles pistes de recherche (Trudel, Simard et Vonarx, 2007). Étude à visée compréhensive d'autre part, puisque nous désirons avoir accès à l'univers des significations des acteurs, voire à leurs

³¹ Mégie (2005) considère que la communication en soins à domicile comporte les aspects éthiques suivants : le droit à l'autodétermination, le droit à l'information, le droit au respect de sa dignité et de son intimité; le droit à la confidentialité (p. 785).

perceptions, à leurs représentations, à leurs savoirs implicites dans le but de connaître le sens qu'ils attribuent à leurs actions, pratiques et expériences vécues.

Considérant que la connaissance de la vie humaine dans les organisations reste encore trop souvent réductionniste dans ses approches et trop utilitaire dans ses intentions, nous souhaitons, pour cette thèse, mettre au premier plan les hommes et les femmes qui œuvrent au sein du soutien à domicile dans le but de leur donner leur place entière de sujets, d'acteurs et de créateurs de leur monde social. Cette approche communicationnelle de l'individu dans l'organisation, perspective vers laquelle nous tendons, nous a permis d'inclure les dimensions structurelles et affectives inhérentes aux activités de travail et de laisser la porte ouverte aux notions d'ordre et de désordre; à celles de plaisir et de souffrance; d'harmonie et de conflit; à celles de stabilité et de changement; d'intégration et de domination; de cohésion et de fragmentation; de certitude et d'incertitude.

Nous pensons que seule une étude qui tient compte de la complexité et de la multidimensionnalité de notre phénomène sera en mesure de rendre compte des interactions, telles qu'elles se vivent au quotidien, dans la situation de travail, et telles qu'elles se vivent par les individus qui sont directement impliqués dans l'intervention. Nous abordons ici la notion de «complexité» en nous référant à deux principes proposés par Edgar Morin soit le principe dialogique et le principe holographique. Le principe dialogique consiste à mettre en relation, de manière complémentaire, des notions qui, prises comme des absolus, se repousseraient les unes les autres. Le principe holographique sous-tend, quant à lui, que la compréhension d'un phénomène repose sur la prise en compte de l'existence d'une relation entre le tout et les parties. Pour en arriver à la connaissance, le chercheur est invité à procéder à un va-et-vient récursif entre le tout et les parties, les deux étant indissociables.

1.5.2 Questions de recherche

En nous inspirant de concepts empruntés à la pragmatique de la communication, à l'interactionnisme, à l'écosystémique et à la psychosociologie et en adoptant une démarche ethnographique de la communication nous souhaitons non seulement faire ressortir, via des entretiens, les caractéristiques, les particularités, les difficultés et les embûches inhérentes aux interactions intervenant-client – comme l'ont faites la majorité des études qui se sont penchées sur l'interaction en santé en contexte pluriethnique –, mais nous souhaitons aussi accéder, via des observations, aux relations directes entre les parties en présence lors de l'intervention. Une telle démarche nous permettra de dépeindre, de façon concrète, la part relationnelle du travail, voire les stratégies relationnelles et communicationnelles déployées par les intervenants et les clients âgés immigrants, dans ce contexte de travail.

La logique à tendance inductive que nous avons choisi d'adopter nous permet de penser notre objet de recherche «comme un "territoire à explorer" ou un phénomène à comprendre progressivement» (Guillemette, 2006, p. 37). C'est dans cette perspective que nous avons élaboré nos questions en termes généraux. En accordant une priorité aux sujets-acteurs impliqués dans l'interaction (plus particulièrement les intervenants et les personnes âgées immigrantes), nous nous sommes demandés :

- 1- Comment se vivent et comment se jouent les dimensions relationnelle et communicationnelle dans l'interaction professionnelle en soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes?**
- 2- Comment se vivent et comment se jouent les dimensions culturelles, ethniques et identitaires dans l'intervention en soutien à domicile auprès des personnes âgées en contexte pluriethnique?**
- 3- Comment interviennent les dimensions organisationnelles et institutionnelles dans cette pratique?**

Nous avons, dans cette première partie, dressé un rapide profil des aînés au Québec et avons présenté les services formels de soutien à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Nous avons souligné certains défis et enjeux qui se posent aux intervenants du SAD en raison des particularités reliées à ce travail spécifique. Nous avons notamment insisté sur l'importance de la dimension relationnelle dans l'acte de travail puisque le lien qui s'établit entre l'intervenant, le client et parfois la famille est considéré comme l'un des fondements de la pratique. Nous avons choisi de nous concentrer sur l'aspect dynamique, interactif et (inter)subjectif de cette relation en contexte pluriethnique et nous avons, pour ce faire, adopté un regard pluriel pour être en mesure de cerner notre phénomène dans sa multidimensionnalité et dans sa complexité. Ce regard pluriel sera mis en évidence dans le prochain chapitre puisque nous y présentons les différents champs disciplinaires que nous avons utilisés pour élaborer notre schéma conceptuel.

CHAPITRE II

CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE

Pour faire de la bonne sociologie, il faut d'abord
aimer les hommes

- Roger Bastide -

L'objectif de cette thèse étant de décrire et de comprendre les multiples facettes de l'interaction intervenant-client en soutien à domicile en contexte pluriethnique, nous nous sommes inspirés de champs disciplinaires qui prônent l'utilisation de différentes démarches afin d'être en mesure de cerner la multidimensionnalité et la complexité de notre phénomène. L'analyse du travail, l'interaction professionnelle en santé, les relations interpersonnelles et l'approche interculturelle sont les domaines que nous avons privilégiés. Puisque notre attention sera tournée vers l'aspect relationnel de la communication ou, encore plus précisément, sur les effets immédiats que peuvent avoir les êtres humains les uns sur les autres à travers leurs interactions, les notions de **contextes** (institutionnel, organisationnel, niveau immédiat de la rencontre, dynamique temporelle de la relation), **d'interaction de travail** (processus dynamique, processus intersubjectifs, co-création de la relation, scénario de la rencontre), de **relation** (nature, type), de **communication** (verbale, non verbale) sont des mots-clés qui se retrouveront au cœur de notre schéma conceptuel. L'approche interculturelle, qui considère la culture comme un phénomène de communication, nous permettra de **mettre en intrigue l'élément culturel**, sans connaître, au préalable, la forme que celui-ci prendra dans l'interaction.

2.1 PRÉMISSES À L'ÉTUDE DE LA COMPLEXITÉ DES PHÉNOMÈNES DE RELATION, DE COMMUNICATION ET DE CULTURE DANS LES ACTIVITÉS DE TRAVAIL, DE SOINS ET DE SERVICES

2.1.1 Posture de recherche

Le regard que nous adoptons suppose un rapprochement des pôles subjectivistes et objectivistes et un rapprochement des niveaux macrosociologiques et microsociologiques dans le but de faire disparaître les clivages sujet-objet, individu-société, structure-pratique, que l'on retrouve encore dans un grand nombre de travaux qui étudient la communication au travail. Nous souhaitons, pour cette thèse, nous sortir du clivage, qui sépare encore trop souvent les recherches en sciences sociales, entre une perspective interprétative des phénomènes et une perspective structuraliste ou fonctionnaliste. Nous adoptons plutôt la vision proposée par Harold Garfinkel (1967), fondateur de l'ethnométhodologie, laquelle sous-tend qu'il est possible, pour comprendre un phénomène, d'imbriquer les pratiques et la structure, l'action et l'institution, tout comme il est possible d'établir des relations concrètes entre pratique et contraintes extérieures, entre individu et totalité sociale, entre micro et micro.

Nous nous inscrivons dans le paradigme constructionniste, tel que présenté par Giroux et Demers (1998), lequel propose une manière particulière d'aborder les situations de communication dans l'organisation puisqu'il tente, en intégrant les perspectives fonctionnalistes, interprétatives et critiques³² «de faire le pont entre les interactions quotidiennes, fragmentées et changeantes [paradigme critique], de niveau individuel [paradigme interprétatif/perspective micro], et les modèles plus stables au niveau organisationnel [paradigme fonctionnaliste/perspective macro]» (p. 24).

³² Voir la classification des paradigmes telle qu'élaborée par Giroux et Demers (1998).

Cette perspective servira ainsi de toile de fond à notre recherche puisqu'elle nous permettra, d'une part, de tenir compte de l'influence que peuvent avoir les contextes structurels sur la relation qui s'établit entre les acteurs et, d'autre part, de considérer les individus en interaction comme des sujets en action, comme des créateurs de sens et comme des co-constructeurs de leur relation qui participent conjointement à la construction de leur réalité à travers la conversation et ont chacun une influence sur le déroulement de la rencontre. Adopter cette position nous permettra ainsi de décrire à la fois ce qui se passe à l'interface micro-macro (niveau méso), de tenir compte de la dimension temporelle du phénomène et de prendre en considération la diversité des représentations et des intérêts des acteurs concernés.

Un tel regard porté sur l'interaction de travail permet de mettre en lumière la complexité des situations tout comme il permet de répondre aux critiques faites aux approches microsociologiques, lesquelles se sont souvent fait reprocher de ne prendre en compte que les communications ordinaires et les rencontres individuelles sans tenir compte de l'existence de cadres sociaux plus généraux (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 31). Cette prise en compte de la complexité des situations justifie aussi l'utilité de faire des emprunts à plusieurs courants théoriques et de combiner les angles d'approches, notamment dans les services où le langage a une fonction essentielle dans le rapport agent-client ou, autrement dit, dans les services :

[...] où la parole correspond à l'exercice d'un pouvoir spécifique, où le langage est considéré comme vecteur de stratégies, de relations de pouvoir, d'identités professionnelles, de modèles culturels [...] et où l'exercice de travail est configuré par une institutionnalisation de la parole (Lacoste, 2001, p. 40).

Le soutien à domicile est d'ailleurs un site d'analyse fort intéressant pour le chercheur qui adopte un point de vue mésosocial puisque les pratiques de services et de soins

sont situées dans des structures à la fois formelle et informelle qui s'influencent mutuellement et nécessitent des ajustements constants chez chacun des acteurs impliqués :

[...] à la fois interdépendants et irréductibles les uns les autres. Ils constituent deux systèmes autonomes, ce qui les rend non substituables. Ils obéissent à des logiques fort différentes et s'exercent selon des modèles qui leur sont propres : les soins familiaux sont adaptés, diversifiés, permanents; les soins formels sont normés, universels, définis; les uns relèvent du lien social, de l'échange, du don, de la dette symbolique; les autres relèvent du critère de l'utilité et de l'efficacité économique (MSSS, 1999, p.66).

Le travail de l'intervenant doit s'ajuster entre ces deux structures et son intervention, prise dans une perspective mésociale, peut être conceptualisée ainsi : L'intervenant [appartenant à une catégorie de professionnels] en soutien à domicile [programme PPALV], employé du CSSS [organisme qui fixe l'offre de services, les règles et les critères de pratique] – entre en lien avec la personne âgée, et parfois, avec un ou des membres de son réseau d'entraide, dans un lieu et un contexte d'intervention où la structure de soins familiale (informelle) prend autant sinon plus de place que les soins (formels). La gestion de la prise en charge est ainsi négociée dans un processus dynamique de liens d'interaction entre les acteurs des différents systèmes de soutien. Dans cette optique, ni l'intervenant, ni la personne âgée, ni les membres de la famille ou le réseau d'entraide – s'il y a lieu – ne peuvent être considérés comme des individus passifs dans la détermination des solutions pour faire face à la situation : «chacun des partenaires opère une construction non seulement du problème qui va être traité mais également du contexte, du cadre, des partenaires en présence, de ce qui pourrait être fait, etc.» (Amiguet et Julier, 2003, p. 191).

La dynamique des relations qui s'instaure entre les parties impliquées dans le soutien comporte donc son lot de complexités puisqu'elle se retrouve au carrefour de réalités

fort différentes. L'intervention en est le révélateur. L'ajout du facteur migratoire, prenant en compte la dimension ethnoculturelle dans les rapports intervenant-client, ainsi que notre volonté de cibler la clientèle âgée – vieillissement et ethnicité – deviennent, dans cet ordre d'idée, des données contextuelles qui s'ajoutent à cette complexité.

2.2 LES CHAMPS DE SAVOIRS IMPLIQUÉS

Nous situons notre objet d'étude aux carrefours de la **communication au travail** (interaction de travail, pratiques communicatives liées au processus de travail, langage en situation de travail), de la **communication en santé** (interaction professionnelle en santé, relation de service, relation de soins, *care*), de la **communication interpersonnelles** (interaction face-à-face, prise en compte des dimensions interactives, subjectives et sociales) et de la **communication interculturelle** (prise en compte de l'existence de cultures chez l'intervenant et chez le client dans l'interaction, notions d'ethnicité).

2.2.1 La communication au travail : pratiques communicatives et pratiques professionnelles dans l'interaction

La communication en contexte organisationnel se révèle être un champ de recherche éclaté en approches et en sujets très divers. L'obsession de l'efficacité, de la performance, de la productivité, du rendement à court terme, qui sont encore des caractéristiques de l'entreprise contemporaine, ont jusqu'à maintenant poussé un grand nombre de chercheurs à circonscrire leurs intérêts à ces questions. On constate cependant une évolution de la conception de la communication ainsi que de la place

qui lui est accordée dans les entreprises lorsque l'on compare les premières conceptions scientifiques de l'organisation aux courants plus récents. Alors que, par exemple, les études concernant les modèles d'organisations classiques avaient, entre autres, pour but de limiter au minimum les informations et les interactions nécessaires au travail, les travaux contemporains ont plutôt tendance à fournir une analyse pluraliste et systémique des phénomènes de communications dans l'organisation, considérant que «toute activité dans une entreprise n'est qu'un enchaînement de processus d'interactions et de communications» (Cabin, 1999, p. 81).

La part croissante prise dans les entreprises par les composantes humaines, interrelationnelles, coopératives et cognitives, ainsi qu'un certain intérêt chez les gestionnaires, pour des solutions adaptées au cas par cas, cible aujourd'hui, de façon plus précise les dimensions communicationnelles dans l'organisation³³. Ajoutons que la transformation des activités de travail, reliée à l'avènement d'une économie de service et à la tertiarisation des emplois a mené à une meilleure prise en compte du langage dans l'organisation, voire à un nouveau statut accordé à la dimension communicationnelle du travail puisque l'on reconnaît «la part langagière du travail», voire l'omniprésence et la place fondamentale de la communication considérée comme indispensable à la plupart des activités de travail : «Tout travail se fait certes avec de gestes, des savoir-faire, des connaissances, des procédures et des règles, des outils et des technologies, mais avec des mots aussi» (Borzeix, Boutet et Fraenkel, 2001, p. 9-10).

³³ Ces approches récentes découlent, en grande partie, d'une adaptation aux nouvelles formes d'organisations et aux nouveaux styles de gestion qui, en raison du développement de nouvelles rationalités (principes d'autonomie, d'organisations transversales, d'équipes-projets, de participation, explosion de nouvelles technologies de l'information et de la communication), transforment le travail et exigent une coordination accrue et complexifiée où la communication devient un processus essentiel.

Le lien entre langue(s), pratiques communicatives et pratiques professionnelles soulève dorénavant l'intérêt d'un nombre grandissant de chercheurs et de praticiens qui tentent de décrire la communication en situation de travail, donc, la communication en contexte, et de conceptualiser «le caractère constitutif du langage» dans les rapports entre les acteurs – professionnel-client, équipes de travail, par exemple, – ou entre ceux-ci et l'organisation (Gajo, 2004, p. 4). Ces nouvelles façons d'approcher la communication dans l'organisation ont donné l'occasion à certaines disciplines de s'insérer dans le champ de la communication organisationnelle et c'est pourquoi des chercheurs en linguistique, en anthropologie, en sociologie, en psychologie, en psychosociologie, en ergonomie et en sociolinguistique ont porté, depuis une trentaine d'années, une attention particulière au travail qui s'accomplit au quotidien, que ce soit dans la routine ou en réaction à un événement.

L'essor des sciences cognitives a notamment contribué à mettre en évidence les dimensions de la pensée, de la parole et du langage, dans le but d'interroger et d'éclairer le comportement humain dans l'organisation. La pragmatique et la théorie des actes de langage ont introduit dans l'étude du langage la notion **d'action** (étude du langage en acte donc, en contexte), laquelle a permis de démontrer que certains énoncés sont pourvus d'une «force élocutoire», c'est-à-dire qu'ils «servent à accomplir des actions au moyen du langage (promettre, féliciter, donner des ordres)», le langage étant perçu comme un instrument d'action où «dire, c'est faire» (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 19).

Un autre changement s'opère quant à la façon d'étudier le langage dans le travail puisque l'on cherche à dépasser la limite que représente l'analyse concrète des actes de langages pour tenir compte, dans l'analyse, de la complexité des situations d'interaction. Ce sont plus particulièrement des avancées théoriques – notamment les apports de la systémique – dans les façons de comprendre et d'aborder la

communication interpersonnelle qui ont eu, à cette époque, une influence notable sur les façons d'étudier le langage dans le travail puisque une transition s'est opérée lorsque l'on est passé de la notion de «message» à celle de «partage des significations» ou de «co-construction du sens». Le langage devenant de ce fait un processus interactif où l'on considère que chaque interlocuteur d'une situation de communication intervient activement dans la production du message. Pour saisir l'émergence de la communication, on cherchera aussi à rendre compte de la situation globale de l'interaction plutôt que d'étudier quelques variables prises isolément. Il devient dès lors très important de définir le milieu dans lequel se déroule l'interaction puisqu'il est convenu que «la signification de ce que l'on dit repose en grande partie sur le contexte dans lequel on le dit» (Barrette, Gaudet et Lemay, 1993, p. 32). Bref, c'est en termes de niveau de complexité, de contextes multiples et de systèmes circulaires que se développera la recherche en communication : «C'est donc moins le contenu que le contexte, l'information que la signification que le chercheur en communication sociale doit cerner» (Winkin, 2005, p. 98).

Fortement influencés par le projet ethnométhodologique proposé par Giddens, lequel a pour avantage de réhabiliter «comme acteur du discours le sujet exclu du jeu structural des signes» (Mattelart et Mattelart, 2002, p. 80) ainsi que par le programme anthropo-sociologique de Cicourel qui propose une alliance interdisciplinaire entre la sociologie, l'anthropologie, la linguistique et la philosophie, on commence à prendre en compte dans l'analyse d'une situation de communication toutes les personnes participant à l'interaction. On élargira ainsi l'analyse des actes de langage en tenant compte, entre autres, d'autres formes de communication telles que le langage non verbal et d'autres niveaux dans la communication qui permettent de différencier, par exemple, «sens» et «signification», «contenu» et «relation». Les paramètres qui interviennent dans une relation donnée deviennent ainsi plus nombreux et enrichissent l'analyse en permettant de donner une vision plus complète de la

situation de travail étudiée. Ces notions, inspirées par les perspectives écosystémiques³⁴ et interactionnistes, ont ouvert la porte à des approches plus interprétatives de la dimension langagière dans les activités de travail tout en adoptant des démarches d'analyse plus ethnographiques :

Communiquer dans le travail s'est révélé une activité complexe, souvent problématique, riche de sens qui met en jeu des rapports de place, des connaissances, des identités professionnelles, des valeurs, des mondes sociaux et des langages [...] Ce n'est pas non plus une affaire sans enjeu, car si la communication est présente à peu près partout, les moyens, les fonctions, les effets n'en sont pas les mêmes. Dans certains cas, réduite à sa plus simple expression ou contenue dans un cadre étroit, elle a ailleurs davantage de jeu; parfois véritable ferment d'un fonctionnement collectif authentique, elle est ailleurs confisquée par des stratégies manipulatrices (Borzeix, Boutet et Fraenkel 2001, p. 22).

Les travaux du *Réseau Langage et Travail* – qui étudient la part langagière du travail et plus particulièrement les pratiques d'action et de communication des «agents de travail» – considèrent que la matérialité du langage en situation de travail se retrouve dans les mots eux-mêmes, écrits ou oraux, ceux qui «font», «disent», ou «accompagnent le travail» et dans le langage des corps, des gestes, de la voix, bref à tout ce qui touche à la communication non verbale. En accordant une priorité à la description des situations pendant les activités de travail – «il s'agit de connaissances qui construisent leur objet en priorité dans et par l'enquête» (Pène, Borzeix et

³⁴ Les notions de «systémique» et d'«écosystémique» sont parfois employées comme des synonymes dans la littérature scientifique. Nous emploierons, pour notre part, le vocable «écosystémique» puisque la perspective dans laquelle nous nous plaçons s'intéresse aux communications interpersonnelles ainsi qu'aux propriétés des systèmes telles qu'énoncées au départ par Gregory Bateson et les chercheurs de Palo Alto. Cette perspective sous-tend l'existence d'un système ouvert en relation constante et réciproque avec son environnement d'où l'importance de prendre en compte les divers contextes dans lesquels s'inscrivent un phénomène (ce que l'on tend aujourd'hui à nommer la cybernétique de type 2) (Benoît, Malarewicz, Beaujean et *al.*, 1988, p. 138).

Fraenkel, 2001, p. 16) – les chercheurs du *Réseau Langage et Travail* ont élaboré des canevas de recherche qui reposent sur l'emploi de méthodes de cueillette qualitatives (comme l'observation empirique de terrain), sur l'enregistrement (audio et vidéo) et sur l'analyse d'interactions verbales et non verbales. Bien que, s'inscrivant dans la lignée d'une pragmatique classique, voire linguistique, puisqu'ils mettent l'accent sur l'analyse de discours empruntée aux sciences du langage, les notions de subjectivité, d'interaction et de contextualisation, seront aussi prises en compte dans leurs façons d'étudier la communication au travail puisque la personne qui effectue l'activité est, de façon latente ou explicite, un élément central de leurs travaux :

La dépendance réciproque qu'entretiennent l'activité et ses expressions langagières n'est pas sans effet sur elle, sur son intelligence et son vécu de la situation, sur sa place, sur la façon dont elle est vue et dont elle se pense vue, en somme sur les façons d'être soi et d'être là, d'être cru, d'être entendu. Le langage, compagnon de l'outil, enrôlé dans la production, conduit vers un sujet en chair et en os, aux prises avec une réalité qui résiste, qui demande habileté, conscience des risques et sens du compromis. Conduire la description depuis la place du sujet au travail est sans doute le souci commun qui anime toutes ces enquêtes, apportant ainsi un complément indispensable aux discours politiques et gestionnaires sur les transformations du travail et des compétences (Pène, Borzeix et Fraenkel, 2001, p. 17).

En accordant un intérêt particulier à la **condition discursive des activités de travail** – thème plus rarement abordé – leurs travaux ont mis en relief l'importance de prendre en considération que toutes les activités de travail s'inscrivent dans des pratiques sociales puisque, d'une part, «elles relèvent de champs d'action particuliers et de cultures institutionnelles» et que d'autre part «elles mettent en rapport des acteurs (usagers et/ou professionnels)» qui s'exposent à des rapports sociaux (Gajo, 2004, p. 1). Il devient ainsi essentiel de prendre en compte que toute activité de travail «est marquée par des contraintes nombreuses – économiques, techniques,

réglementaires, hiérarchiques, organisationnelles» (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 33) qui ont un impact direct sur l'action, l'interaction et la communication : «En somme, pas d'interaction sans un arrière-plan organisationnel, dans lequel [les agents] puise[nt] et auquel [ils] renvoie[nt] sans cesse, pas de rencontre humaine sans institution sous-jacente, et, dans le travail, pas d'activité échappant à l'insertion dans des agencements techniques et organisationnels» (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 30).

2.2.2 L'interaction professionnelle en santé

Dans le milieu sociosanitaire, les aspects communicationnels et relationnels représentent aujourd'hui, du moins dans le discours, une dimension essentielle de toutes les activités cliniques des professionnels et des intervenants, que ceux-ci soient médecins, infirmiers, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, auxiliaires en santé et services sociaux ou autres (Richard et Lussier, 2005a). Il n'en fut pas toujours ainsi puisque la notion de compétence professionnelle fut longtemps considérée d'un point de vue strictement disciplinaire et que les aptitudes des praticiens se mesuraient majoritairement en fonction de la capacité qu'ils démontraient à maîtriser le savoir et le savoir-faire propres à leur discipline. L'intégration de l'approche écosystémique dans le domaine des sciences humaines est toutefois venue modifier cette vision puisque l'on reconnaît aujourd'hui l'existence d'une compétence interpersonnelle reliée à l'utilisation du savoir et du savoir-faire dans l'interaction (St-Arnaud, 1995). Les habiletés interpersonnelles ne sont plus seulement considérées comme «la rencontre d'un service et d'un art» ou comme une habileté qui se développerait «selon le modèle propre aux artisans», c'est-à-dire par l'expérience acquise, mais comme une compétence faisant partie des habiletés de travail fondamentales (St-Arnaud, 1995, p. 11). S'ajoute ainsi la notion de savoir-être à celles de savoirs et de savoir-faire où il devient possible de considérer que la dimension relationnelle et la

dimension technique sont des aspects interreliés qui ont cours simultanément lors d'une intervention et qui s'inscrivent dans une relation de service ou de soins:

[...] l'importance des communications interindividuelles, loin de s'amoinrir, croît au contraire de plus en plus au point qu'elles ne peuvent plus être considérées sous l'étiquette d'un humanisme respectable, "allant de soi" et découlant du "bon cœur" professionnel des soignants, mais plutôt comme un paramètre essentiel de la fonction de soins; paramètre incontournable dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre (Cosnier, 1993, p. 18; Voir aussi, Grosjean et Lacoste, 1999, p. 26).

La relation qui met en scène un client et un professionnel du milieu sociosanitaire (interaction professionnelle en santé; communication professionnelle en santé; dimension relationnelle des pratiques de soins; relation soignant-soigné; *professional relationships in health care; healthcare relationship*) est un axe de recherche qui a fait l'objet de nombreuses études, qui a été exploré à l'aide de différentes approches lesquelles ont utilisé des cadres de référence et d'analyse très diversifiés. Plusieurs de ces recherches relèvent d'enquêtes quantitatives qui se sont concentrées sur la découverte des variables susceptibles d'influencer la relation patient-médecin. Ces écrits, qui ont, pour la plupart, tenté de conceptualiser ou de modéliser cette communication de travail en santé se sont, dans une large mesure, penchés sur la rencontre médicale en cabinet (communication patient-médecin/*doctor-patient communication*) pour en mesurer les différents aspects et les nombreux enjeux de la relation. Nommons entre autres : les compétences communicationnelles, le style de communication des médecins, la nature et le type de relation, le genre du médecin, sa spécialisation, le statut du patient (genre, âge, état de santé, niveau d'éducation, origine ethnique), la présence d'une tierce personne dans la rencontre. D'autres études ont fait ressortir les facteurs qui favorisent l'établissement d'un lien de confiance entre les professionnels et leurs clients dans le but premier de satisfaire les deux parties, mais aussi afin d'améliorer le diagnostic, l'état de santé et l'observance

médicamenteuse. Sans mener à la construction de modèles conceptuels de la rencontre ou de la relation, ces recherches ont permis de déterminer certaines dimensions et composantes principales de l'entretien qui peuvent être utiles au chercheur qui souhaite se pencher sur l'interaction mettant en scène des professionnels ou des intervenants autres que les médecins. Bien que cette thèse ne concerne pas la rencontre médicale nous croyons, à l'instar de Richard et Lussier qui ont publié en 2005 un ouvrage intitulé *La communication professionnelle en santé*, qu'il est possible de s'inspirer de ces nombreuses études, analyses et modélisation pour étudier la communication chez d'autres professionnels de la santé.

La relation ponctuelle au cours d'un épisode de soins a aussi été décrite à l'aide de notions d'interactions sociales (Henderson, 1935), de contrôle social (Parsons, 1951) et de rôles multiples (Schneider, 1991), mettant ainsi l'accent sur la dimension sociale de l'interaction, pour montrer que les interactions professionnelles en santé représentent des compétences qui sont sans cesse mises en jeu par les différents acteurs en situation. D'autres travaux d'inspiration psychanalytique, psychologique ou psychosociologique se sont penchés sur les dimensions subjectives ou inconscientes des échanges en contexte de relation d'aide (Carkhuff, 1969; Truax et Carkhuff, 1967). Certains, dans une conception psychothérapeutique, se sont inspirés de l'entretien non directif de Rogers (Rogers et Kinget, 1966) ou du courant psychanalytique (Balint, 1957; Katz, 1984) alors que d'autres se sont intéressés aux dimensions éthique, dialogique et phénoménologique (Brody, 1987; Abramovitch et Schwartz, 1992; Cassel, 1976; Toombs, 1987 et 1992; Giroux, 2005, p. 123 et 124).

Il est à noter que le travail des soignants autres que les médecins demeure moins connu, bien que plusieurs études en *nursing* et en travail social se soient penchées sur les relations professionnel-client dans le domaine de la santé et des services sociaux (Amiguet et Julier, 2003; Aronson et Neysmith, 1996; Cognet 2000; Vercauteren et

Babin, 1998). La communication ponctuelle à l'hôpital, en cabinet médical et à l'urgence sont les lieux de rencontre qui ont été les plus investigués, les autres sites tels les centres d'hébergement ou le soutien à domicile n'ayant pas fait l'objet de nombreux travaux comme nous l'avons déjà relevé.

Les travaux qui ont abordé la communication professionnelle en santé dans une perspective écosystémique et interactionniste, tel que nous souhaitons le faire, se sont concentrées sur deux thématiques particulières soit la relation de service et l'interaction en coprésence (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 29).

2.2.2.1 La relation de service

Les recherches qui se sont attardées sur la **relation de service**, que celles-ci soient issues de la linguistique, de la sociolinguistique, de la sociologie, de la psychologie, de l'ergonomie ou de la psychodynamique du travail, se sont surtout concentrées sur le rapport agent-usager ainsi que sur la coproduction de ce rapport en s'inspirant notamment du modèle de la «relation de service» tel que proposé par Goffman (1968), lequel s'articule autour de trois pôles centraux soit : celui qui fournit le service, l'«objet» du service et le propriétaire de cet «objet». La mise en rapport de ces éléments a entre autres permis de cerner les **conditions implicites de fonctionnement** de la relation de service et toute la complexité inhérente à ce type de travail.

Des études s'inspirant de concepts proposés par l'ergonomie du travail (Falzon et Lapeyrière, 1998; Koufane, Négroni et Vion, 2000) ont montré que le travail qui implique un contact avec un usager-client recèle une part invisible (Molinier, 2000; Neysmith et Aronson, 1996) puisque la dimension relationnelle de l'activité de

service n'est pas l'aspect le plus reconnu par l'organisation et qu'elle «se définit beaucoup plus dans la sphère du non-travail que dans celle du travail» (Molinier, 2000, p. 50). Un apport majeur de l'ergonomie dans l'étude des relations de service fut de relever la présence d'écarts importants entre les tâches à réaliser (tâches prescrites) et les situations concrètes de travail (travail réel). **Le travail prescrit**, qui a pour caractéristiques d'anticiper, de prévoir et d'encadrer le travail réel peut se définir comme étant «ce qui est explicitement et formellement demandé au travailleur par les organisations du travail [...] C'est un modèle coupé de la réalité qui ne peut être strictement appliqué mais qui est indispensable à l'effectuation de la tâche et il est en ce sens la condition d'existence du travail réel» (Avarguez, 2009, p. 2). **Le travail réel**, pouvant être approché par l'observation des situations de travail et par l'explicitation qu'en font les travailleurs, peut se définir par le travail «*en train de se faire*» ou tel qu'il se réalise concrètement :

Il a pour caractéristique l'imprévisibilité, la variabilité et la singularité [...] C'est dans le travail réel que se mettent en œuvre les processus de renormalisation et d'usage de soi [...] Le travail réel apparaît comme une création permanente, lieu de l'empreinte personnelle et subjective [...] Le réalisé et le non réalisé participe au travail réel de telle sorte qu'il n'existe pas de frontière entre travail réel et travail vécu (Avarguez, 2009, p. 2).

On voit que outre ces deux distinctions habituelles, il est possible de rajouter une troisième dimension qui est celle du **travail vécu**, c'est-à-dire celle de l'expérience vécue, du ressenti de la personne par rapport à son travail, lesquels permettent d'accéder au «sens subjectif du travail» :

Il a pour caractéristique d'être non stabilisé : les vécus sont nécessairement singuliers, subjectifs et variables. Le travail vécu est à la fois du travail prescrit, vécu du travail réel et vécu des écarts, tensions, combinaisons/confrontations entre les deux. [Il] dépasse largement le cadre de l'activité car il est aussi l'interprétation globale qu'un sujet se fait, à un

moment donné de son existence, du travail qu'il fait, du travail qu'il a, et de ce que fait son travail au regard de son histoire sociale et personnelle. C'est du travail vécu que résulte, y compris postérieurement à sa réalisation, l'importance subjective et sociale du travail, sa valeur et son sens pour le sujet (Avarguez, 2009, p. 2).

Les études qui se sont penchées sur l'analyse des relations de services permettent aussi de relever, dans une perspective plus psychologique ou psychosociologique, la présence de sentiments de confusion et d'émotions ambivalentes chez les travailleurs qui se voient parfois dans l'obligation d'adopter des comportements qui entrent en conflit et en contradiction avec ce qu'ils font – ou ne font pas –, avec ce qu'ils devraient faire ou ne devraient pas faire : «Selon les moments, on voit s'exprimer des sentiments ambivalents de plaisir et de dégoût, d'affection et de haine, de surprise et de saturation» (Ribert-Van De Weerdt, 2001). La dimension relationnelle des activités de service nous permet ainsi de constater que certains métiers ou professions comportent une charge émotive non négligeable qui peut avoir des impacts tant sur le travailleur que sur son client, que sur l'activité de travail :

Dans les situations de service, le contact avec les personnes renforce le retentissement émotionnel des événements quotidiens, la sensibilité aux cas particuliers et aux situations d'urgence, ainsi que la part laissée dans chaque cas à l'évaluation des conséquences et à l'appréciation des circonstances (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 28).

Il a été montré que cette charge émotive prend une importance encore plus significative lorsque l'objet de travail consiste à «à "aider" des gens» (Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000, p. 31).

Les activités de travail en milieux sociosanitaires, notamment celles qui consistent à entrer en relation directe avec le client pour lui procurer des soins, l'accompagner ou l'aider à améliorer ses conditions, peuvent être analysées au-delà de la relation de

service puisque la part du relationnel se retrouve, dans certains contextes, à la base de l'action. On s'intéressera alors aux spécificités de la «relation de soin» que l'on nommera, par extension, «relation d'aide», «relation d'accompagnement» ou «relation de proximité³⁵» pour souligner l'importance du lien social³⁶ et le «fort contenu relationnel» (Bonnet, 2006) qui encadre ce type de configuration relationnelle lorsqu'il est institué dans une pratique professionnelle.

2.2.2.2 La relation de soin, d'aide, d'accompagnement, de proximité

L'activité de soin est souvent regroupée dans la littérature anglo-saxonne en deux catégories soit: le «*cure*» et le «*care*», divisant ainsi la part technique de la tâche de sa part relationnelle. Le «*cure*» correspondant «au soin curatif, à l'acte thérapeutique visant à lutter contre la maladie, à contribuer à la guérison» (Bachoub, 2010, p. 152); le «*care*» se référant à «l'attention portée à autrui, à ses besoins fondamentaux et à son bien-être» (Bachoub, 2010, p. 152). Ces deux termes sont regroupés, en langue française, sous celui de «soin» – pouvant être rapproché de la notion de «prendre soin» – alors qu'ils «renvoient à des pratiques ayant des objectifs différents et complémentaires» (Bachoub, 2010, p. 152). La dimension du «*care*» est souvent

³⁵ Pour Le Bart et Lefebvre (2005), la proximité est «une valeur sociale refuge dans un monde pensé comme sans repère, impersonnel, anémique, complexe... Réservoir de solutions, elle est unanimement célébrée pour ses vertus pacificatrices, réparatrices, unifiantes, impliquantes. À travers la valorisation des rapports de proximité, c'est la verticalité des relations sociales qui se trouvent contestée et la pertinence des règles sociales impersonnelles, jugées trop générales, qui est invalidée. Entendue comme idéologie du "lien social", elle apparaît comme la réponse apportée à une société perçue comme émietlée, atomisée, éclatée» (p. 12). La relation d'accompagnement est, quant à elle, liée à la valorisation de la proximité, voire «à la recherche de relations moins impersonnelles et plus égalitaires, adaptées à la situation particulière de la personne aidée en lui laissant la plus grande autonomie possible» (Gagnon, 2009, p. 334).

³⁶ Un lien social professionnel ou d'assistance peut être défini comme : «l'ensemble des attentes et obligations mutuelles [...] qui lient deux personnes, ce que chacun attend de l'autre» (Gagnon, 2009, note *infra*, p. 334, citant Gagnon, Saillant et coll., 2000).

moins valorisée en regard du «*cure*» puisqu'elle a tendance à être utilisée en référence à des attributs naturels féminins ou à des catégories de personnel soignant qui sont moins spécialisés et plus difficiles à définir et interpréter. Or, dans les pratiques où la dimension relationnelle joue un rôle de première ligne, le «*cure*» et le «*care*» sont souvent intimement liés et il devient difficile de spécifier ce qui relève de l'un et de l'autre tout comme il n'est pas aisé de définir les aspects du «*care*». Selon Pascale Molinier (2000):

On bute d'entrée de jeu sur le statut ambigu de la relation de soin au regard du concept de travail [...] Insaisissable par l'évolution gestionnaire, la dimension relationnelle du soin paraît également résister à une analyse en termes de savoir-faire ou d'habiletés [...] Au mieux, on parlera d'un savoir-être, une notion floue pour catégoriser autrement que sous le registre des "aptitudes naturelles" des capacités qu'on ne sait pas situer ailleurs que du côté des invariants de la personnalité (p. 50).

Il serait possible de définir le «*care*» comme une :

[...] forme de sollicitude, d'attention, de sensibilité aux besoins de l'autre, un souci de son bien-être, de ses conditions d'existence [...] Le «*care*» ne désigne pas seulement une attitude, il apporte une information sur ce qui fait l'objet du «*care*», à savoir ce dont je me soucie, ce qui m'importe; il est de cette façon un bon indicateur de ce qui a pour moi de la valeur (Bachoub, 2010, p. 154).

Bien qu'il caractérise une attitude à l'égard d'autrui, il n'est pas seulement de l'ordre de l'agir mais aussi de l'ordre du percevoir.

S'intéresser à la dimension du «*care*» signifie pour nous rediriger notre attention vers ce qui a souvent tendance à être négligé dans le discours des gestionnaires, plus souvent attachés à des principes généraux, impartiaux et universalisables quand vient le temps de penser le travail: accorder l'attention à autrui, accorder l'attention au

monde qui nous entoure, donner une réponse pratique à des besoins spécifiques, s'intéresser à la singularité, saisir ce à quoi l'autre attache de l'importance, ce dont il se soucie, ce qui compte pour lui, «ce qui va se traduire par une attention aux choses concrètes, aux détails qui conditionnent la vie ordinaire dans sa quotidienneté, ce que les philosophes qualifient d'attention "au particulier" (par opposition à la généralité)» (Bachoub, 2010, p. 154).

2.2.3 L'interaction en co-présence

Les études d'influence interactionnistes qui ont centré leur attention sur l'interaction en co-présence, voire sur le «travail relationnel avec le malade» ont permis, à partir d'observations de consultations médicales mais aussi à partir d'interactions mettant en scène différents professionnels et travailleurs de la santé (notamment des infirmiers, des travailleurs sociaux) dans différents lieux de travail (salle d'urgence, soins spécialisés, soutien à domicile, clinique médicales privées, cliniques médicales publiques, etc.), auprès de clientèles variées (migrants, personnes âgées, adolescents, enfants, femmes, rencontres triadiques) de :

[...] mettre en valeur les compétences et les dynamiques qui y sont à l'œuvre, de montrer l'importance de la maîtrise des implicites, de souligner les formes les plus ténues et les plus essentielles de la coopération, mais aussi de comprendre les incidents, les aspérités, les blessures et malentendus qui marquent inévitablement les activités centrées sur les «personnes» (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 26).

On mettra en fait la dimension interactive de la communication au premier rang. Pour comprendre cette vision de la communication, il importe de se référer aux auteurs qui en ont posé les bases, soit les tenants de l'interactionnisme symbolique (ou le

«courant interactionnel communicationnel³⁷»), parmi lesquels sont inclus Gregory Bateson, les membres de l'École de Palo Alto, Erving Goffman, Edward T. Hall, Ray Birdwhistell, Albert Scheflen et Stuart Sigman. Ces penseurs ont su révolutionner les théories sur la communication et nous léguer de nouvelles façons de voir, de penser et d'analyser les relations interpersonnelles. Selon eux, la communication devait être étudiée dans les sciences humaines d'après un modèle qui lui soit propre, et devait aussi sortir du modèle classique qui voulait que la communication entre deux individus ne soit qu'un acte verbal, conscient et volontaire. C'est en fait grâce à eux que la communication a pu dépasser la notion de «message» pour être considérée comme «un partage de signification» ou une «co-construction du sens».

Nous nous permettons ici de développer plus en profondeur certains apports des chercheurs de l'École de Palo Alto puisque la théorie pragmatique de la communication qu'ils ont énoncée constituera un de nos référents interprétatifs pour analyser et interpréter le niveau immédiat de la rencontre. Ces chercheurs ont entre proposé une nouvelle théorie de la communication laquelle s'appuie sur la théorie générale des systèmes, issue du modèle cybernétique³⁸. En les considérant comme les modèles de base des relations humaines, ils définissent des systèmes en interaction comme deux ou plusieurs partenaires qui cherchent à définir la nature de leur relation³⁹. La communication est ainsi conçue comme «un système de messages fonctionnant sous forme de "boucles" dans lesquelles l'énergie de la réponse est fournie par le récepteur et non par l'impact de l'élément déclencheur (d'où la notion de "*feed back*")» (Marc et Picard, 2008, p. 10), ce qui signifie que chaque réaction est

³⁷ Terme employé par Amiguet et Julier, 2003, p. 302.

³⁸ Les chercheurs de l'École de Palo Alto se sont aussi inspirés de la linguistique et de la logique.

³⁹ Dans leur définition, un système peut être la famille, la collectivité, les amis, les relations conjugales ou professionnelles, un pays ou un système culturel. Cela implique qu'un individu peut faire partie de plusieurs systèmes.

impliquée dans un jeu compliqué d'interactions, d'actions et de rétroactions⁴⁰ qui les relie l'une à l'autre. Cette vision de la communication juge que toute interaction humaine devient porteuse de sens pour ses agents dans la mesure où il est considéré que chaque comportement répond aux autres qui, eux-mêmes, répondent à leur tour dans une spirale sans fin.

L'attention sera tournée vers l'aspect relationnel de la communication ou, plus précisément, sur les effets immédiats que peuvent avoir les êtres humains les uns sur les autres dans un contexte particulier. On considère, dans cette optique, que le contenu du message devient secondaire et que c'est le contexte de l'interaction qui devient important puisque c'est lui qui définit en grande partie le contenu de la relation.

Les chercheurs de Palo Alto se sont intéressés aux effets de la communication sur le comportement, aux questions de valeur ou d'utilité des messages, à la reconnaissance et à l'interprétation des signes, à leur aspect psychologique et à leur sens dans le but souvent de montrer que les accrocs du comportement humain sont révélateurs de l'environnement social. Leur pensée sur la communication humaine repose sur l'étude des processus interactifs (vision dynamique de l'interaction) et se résume en cinq propriétés fondamentales de la communication qu'ils ont définies en termes d'axiomes.

Ayant, pour principe de base que la communication est une condition *sine qua non* de la vie humaine et de l'ordre social, ils considéreront tout d'abord que

⁴⁰ Il existe deux formes de rétroaction : la positive et la négative. La rétroaction positive est celle qui conduit à accentuer un phénomène. La rétroaction négative, au contraire, amortit une situation et désamorce un malaise qui s'est introduit dans une relation. Cette dernière peut être considérée comme un mécanisme de régulation qui tend à stabiliser le système en corrigeant les effets de facteurs internes ou externes qui tendaient à modifier l'équilibre.

«communication» et «comportement» sont des synonymes. Le **premier axiome** stipule qu'il est impossible de ne pas communiquer, car il est impossible de ne pas avoir de comportement.

Le **deuxième axiome** stipule que la communication comporte le plus souvent deux visées distinctes soit faire passer un contenu et définir la relation entre les interlocuteurs. Tout message comporte donc deux aspects ou deux niveaux d'information: le **niveau du contenu** apparaissant généralement sous forme de communication verbale (ce qui est dit ou la nature du message), lequel correspond au message volontairement encodé et transmis (tout message transmet d'abord un contenu, c'est-à-dire des informations, des opinions, des jugements, des sentiments, des attentes) et le **niveau relationnel** (qui inclut le contenu), qui concerne la «relation» et qui apparaît généralement sous forme de communication non verbale (la manière dont le message est dit ou comment la nature du message est interprétée⁴¹). La communication ne se borne pas à transmettre une information mais elle induit en même temps un comportement. Il est donc possible de constater que plus une relation semble saine, plus l'aspect relationnel de la communication passe en deuxième plan. Si, au contraire, une relation n'est pas saine, c'est la nature de la relation⁴² qui passe en premier et le contenu de la communication finit par ne plus avoir d'importance.

⁴¹ Il est important de considérer que l'échange de messages entre des interlocuteurs prendra des significations différentes en raison des perceptions que chacun aura de la situation de communication. Autrement dit, la signification du message qui sera encodée par une personne ne sera jamais exactement la même que celle qui est décodée par l'autre personne (Fisher, 1978; Gudykunst et Kim, 1992).

⁴² La nature de la relation concerne la distance symbolique qui s'installe entre les interlocuteurs et qui peut se placer dans l'axe éloignement-proximité. Elle concerne aussi le degré de familiarité qui prévaut chez les individus en interaction et s'élabore selon l'axe familier-inconnu et selon l'orientation mutuelle des attitudes, celles-ci pouvant varier entre la convergence et la divergence. L'attitude positive, négative ou neutre des acteurs ainsi que la qualité du lien (similarité/différence; association – coopération /rupture) définissent aussi la nature de la relation (Voir Marc et Picard, 2008).

Le troisième axiome de Palo Alto s'intéresse à la «ponctuation de la séquence des faits». Ici, la nature d'une relation dépend de la façon dont des partenaires en situation d'interaction interprètent et font évoluer leur échange. S'il y a mauvaise interprétation, la discussion peut devenir une distorsion et nuire à la qualité de l'échange. Il importe ici de tenir compte des **séquences d'interaction** et des **stratégies communicationnelles** pour avoir accès au «jeu relationnel», lequel peut être défini comme «le mode relationnel répétitif qui s'instaure entre deux ou plusieurs partenaires dans un contexte donné» (Amiguet et Julier, 2003, p. 178).

Le quatrième axiome de la communication repose sur l'idée que les êtres humains utilisent deux modes de communication qui coexistent dans toute communication et s'associent pour produire une communication totale: le digital (verbal-conscient) et l'analogique (non verbal-inconscient). Ici, l'analogique représente la communication non verbale et relève du domaine de l'émotion, du ressenti, du vécu. Le digital quant à lui représente le verbe, c'est-à-dire, le mot que l'on utilise lorsque l'on veut transmettre une information, une idée, un raisonnement. Le contenu représentera le mode digital (ce que l'on veut exprimer, le signifié ou la signification linguistique du message, l'information transmise par le message) alors que la relation représentera le mode analogique (le moyen dont on se sert pour l'exprimer, voire le signifiant ou le sens du message). Donc, à la notion de communication isolée comme acte verbal, conscient et volontaire qui sous-tend la sociologie fonctionnaliste, se trouve opposée l'idée de la communication comme processus social permanent intégrant de multiples codes de comportement: la parole, le geste (kinésique), le regard, l'espace interindividuel (proxémique).

Le cinquième axiome de la communication implique les notions d'interaction symétrique (horizontal-égal) et complémentaire (asymétrique, vertical-différent). Ainsi, tout échange communicationnel devient l'un des deux dépendamment s'il se

fonde sur l'égalité ou la différence. Une interaction symétrique se caractérise par l'égalité et la minimisation de la différence entre partenaires en situation de communication (comportement miroir où tout comportement de l'un entraîne un comportement identique de l'autre) tandis qu'une interaction complémentaire se fonde sur la maximisation de la différence lors de l'échange (position haute vs position basse où la relation est fondée sur la reconnaissance et l'acceptation de la différence alors que les partenaires adoptent des comportements contrastés qui s'ajustent l'un à l'autre). C'est dans cette optique que le «rapport de place», ou la façon qu'ont les individus de se positionner les uns par rapport aux autres prend toute son importance puisqu'ils s'insèrent dans des structures relationnelles déterminées par des rôles et des statuts qui mèneront à un équilibre ou à un déséquilibre dans la structure de la relation. Les rapports de place, qui sont déterminés par des facteurs sociaux, interactionnels et subjectifs sont des dimensions essentielles dans l'étude et l'analyse de la relation puisqu'ils en fondent la spécificité⁴³.

Cette façon d'aborder la communication permet, dans une approche interprétative, de faire ressortir les processus qui prévalent entre des interlocuteurs pendant un échange. Bien que l'axiome 2 prenne en compte le sens qu'accordera chaque acteur à l'information qu'il envoie ou qu'il reçoit (normes phénoménologiques) voire, «le système de représentation du monde qui n'est jamais le monde» (Bateson, 1977, 1980, 1984 dans Brouillet et Deaudelin, 1994, p. 446), cet aspect (inter)subjectif de

⁴³ Par «facteurs sociaux», nous entendons que le rapport de place s'insère dans les modèles statutaires et les rôles proposés par la culture et les institutions (par ex.: homme/femme, médecin/malade). Pour Marc et Picard (2008), l'aspect institutionnalisé est souvent celui qui domine, ce qui implique que «le rapport de place préexiste à la relation qui s'instaure et découle des rôles sociaux plus ou moins profondément inscrits dans une culture» (p. 35). Par «facteurs interactionnels», nous entendons qu'une place se définit toujours dans la relation qu'elle entretient avec d'autres places. Par «facteurs subjectifs», nous entendons que la prise de place s'inscrit souvent «dans des stratégies identitaires et relationnelles liées à la représentation que le sujet se fait de lui-même et à son "estime de soi"» (Marc et Picard, 2008, p. 35).

l'interaction aura souvent été négligé dans les études d'inspiration écosystémique qui se sont plutôt concentrées sur la dynamique de la situation d'interaction, négligeant de ce fait le sujet communiquant.

Les approches qui se sont inspirée de ce modèle pour étudier les communications interindividuelles de face-à face en relation de soins, bien qu'elles soient variées, se regroupent majoritairement autour de l'étude, **en contexte**, de la **multicanalité** (langage verbal et non verbal) ou de la **multifonctionnalité de la communication** (Cosnier, 1993; Theureau et Pinsky, 1983). Certains travaux, via une analyse fine du discours, vont accorder une importance aux dimensions verbales de l'interaction (échange quantitatif de parole, formes linguistiques, séquences d'actes de langage, coopération conversationnelle, production discursive, formes linguistiques employées), afin d'en comprendre les modalités et le rôle structurant du langage. D'autres travaux vont privilégier l'analyse du langage non verbal et l'attention sera ainsi portée sur les regards, les mouvements de tête, les brèves émissions vocales et verbales, la kinésique (mimique) et les mouvements et/ou changements de posture et d'intonation vocale pour faire ressortir, notamment, l'expression affective chez les protagonistes dans l'interaction (Lacoste, 2001; Vaysse, 1990, 1991). D'autres recherches combineront analyse du langage verbal et non verbal lors d'interactions professionnelles en santé afin de montrer le lien entre les actions pratiques et les rapports corporels (Heath, 1986; Frankel et Beckman, 1982).

Les études qui se sont concentrées sur la **plurifonctionnalité de la communication** dans les interactions de soins (voir, entre autres, Chiffe, 1983; Cosnier, Grosjean et Lacoste, 1999) vont, quant à elles, catégoriser – de façon plus ou moins détaillée – des actes de langage qui sont utilisés pendant l'intervention afin de déterminer les structures des rencontres, l'asymétrie dans les échanges, l'organisation séquentielle et le type des échanges, les procédures de gestion de l'entretien et les activités de

maintenance régulatrice, dans lesquelles sont comprises les discours extra-professionnels qui prendront, nous le verrons, une dimension essentielle dans cette recherche. D'autres auteurs adopteront une approche à plusieurs niveaux, prenant en compte, par exemple, les relations entre la parole et les cadres des significations sous-jacents à l'interaction (voir, entre autres, les écrits de Cosnier, Kattan-Farhat et de Grosjean). Un sujet d'intérêt plus récent, qui donne place à une littérature abondante, est celui de la coopération au sein du collectif de soins afin de comprendre comment s'organise le travail dans des départements de soins ou dans des équipes pluridisciplinaires (voir, entre autres : Bergeron et Castel, 2010; Bercot, 2006; Grosjean et Lacoste, 1999; Kattan-Fahrat, 1993).

On voit que tout en reconnaissant la portée des communications interindividuelles dans les relations de soins et l'importance de tenir compte des différents contextes qui l'influencent, ces travaux ont tendance à mettre de côté la personnalité des interactants, bien que l'on admette que ce facteur constitue «un paramètre sous-jacent toujours présent et parfois déterminant» (Cosnier, 1993, p. 32) de l'interaction soignant-soigné.

Nous souhaitons pour notre part dépasser le cadre unique de la situation d'intervention pour prendre en considération la coexistence de processus intersubjectifs (rencontre de deux subjectivités), individuels (univers subjectif), et plus globaux (aspects sociaux) qui influent sur le processus de l'interaction puisque nous les percevons comme des compléments essentiels à la compréhension du processus de communication. Or, prendre en considération le niveau (inter)subjectif signifie, d'une part, que nous estimons que la réception d'un message fait appel à :

[...] tout un ensemble de significations liées aux représentations, aux résonances émotionnelles, aux implications affectives et aux réactions

défensives qu'il suscite chez le récepteur en fonction du rapport de place qu'il entretient avec l'émetteur et en fonction de son histoire personnelle (Marc, 2005a, p. 53).

Cela signifie, d'autre part, qu'il faut considérer que chaque expression «est émise à partir d'une certaine conscience de soi, d'une certaine place identitaire; en même temps qu'elle assigne à l'interlocuteur une place corrélatrice» (Marc, 2005a, p. 41).

La problématique interculturelle, qui s'enracine dans une vision interactionniste, reconnaît quant à elle l'importance de prendre en compte ces niveaux puisqu'elle considère que «tout acte, qu'il soit de nature cognitive, relationnelle, affective, pratique ou symbolique, culturelle, s'inscrit dans un réseau d'intersubjectivités et d'interactions recoupant l'axe sujet/individu» (Abdallah-Pretceille (1999b), p.56). A ce titre, l'approche interculturelle ainsi que la démarche qu'elle propose, nous permettront de donner une certaine direction à notre réflexion puisqu'en plus de présenter une redéfinition de la dynamique des rencontres de cultures qui s'inscrit dans notre vision – culture comme phénomène de communication (Abdallah-Pretceille, 1989) –, elles proposent une façon concrète d'appréhender les problèmes et d'analyser des situations qui surviennent dans les sociétés pluralistes en ouvrant «l'accès à un univers de perceptions tout en offrant un potentiel de décodage du discours et des comportements» (Bourque, 2000, p. 102; voir aussi Roy, 2000, p. 131).

2.2.4 La communication interpersonnelle en contexte pluriethnique

La question de la communication interpersonnelle mettant en scène des individus provenant d'origines ethnoculturelles diverses est un objet d'étude largement abordé par l'anthropologie, la linguistique, la sociologie, la psychosociologie et les sciences

de la communication. Cette question, qui met en relief les notions de cultures, d'identités, d'ethnicité et de rapports interethniques, soulève des enjeux individuels, sociaux et nationaux⁴⁴, ainsi que des enjeux éthiques, moraux et politiques qui sont colorés par des prises de position individuelles et communautaires, par les courants sociaux ainsi que par les idéologies dominantes inhérentes à chaque société. Elle renvoie généralement à des interrogations pratiques qui touchent à l'immigration, à la vision de l'«étranger», aux logiques d'intégration, aux politiques et aux modèles de gestion nationale, aux relations internationales, au management interculturel et aux rapports intergroupes (Stoicu, 2008, p. 33).

L'intérêt pour les études ethniques ainsi que pour les relations interethniques s'est institutionnalisé, dans les années 1930, avec les travaux de l'école de Chicago qui, en raison d'une augmentation des flux migratoires intercontinentaux, se sont penchés sur les problématiques de l'immigration et de l'intégration. Leurs travaux ont permis de passer d'une vision biologique et darwinienne de l'adaptation à une vision plus anthropologique et plus sociologique des modes d'adaptation et ont donné naissance à des concepts importants tels que l'homme marginal, l'étranger, l'hybride culturel, la distance et la proximité culturelle (Stoicu, 2008, p. 34). A partir des années 1980, des psychosociologues américains se pencheront, dans une perspective interactionniste, sur la question de l'intégration qui sera étudiée en tant que processus d'interaction, de positionnement et de négociation : «On traite de la dynamique d'intégration en termes de communication, impliquant stratégies de communication et compétences communicationnelles» (Stoicu, 2008, p. 34).

⁴⁴ L'immigration, les relations internationales et le management interculturel sont les trois domaines qui, des deux côtés de l'Atlantique, se sont penchés sur l'étude des rapports intergroupes (Stoicu, 2008, p. 33).

La notion de culture qui peut se définir, dans un sens large, comme : «l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social [et] englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances» (Unesco, 1982) est souvent enfermée dans le paradigme culturaliste qui consiste à considérer les individus comme étant des produits de leur(s) culture(s) d'appartenance. Cette posture n'aura pas été sans influencer les courants sociaux qui, en se faisant les promoteurs du pluri ou du multiculturalisme – comme au Canada, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas –, se sont contentés de reconnaître la coexistence de plusieurs cultures au sein d'une même nation. Privilégiant le constat plutôt que l'action, cette conception objectiviste et structuraliste se sera limitée à décrire les particularités culturelles de différents groupes, en présupposant que la connaissance des attributs culturels contribuerait à faciliter la coexistence entre les individus provenant de cultures diverses. Cette idéologie s'est en partie révélée stérile puisqu'en faisant de la culture la notion centrale de sa philosophie et en ayant comme modèle explicatif la reconnaissance des différences, elle a contribué à renforcer ces dernières, favorisant, par le fait même, le maintien d'un fossé entre les individus.

Nous nous inscrivons plutôt dans le courant des études sociologiques et anthropologiques qui conçoivent que la culture et les marqueurs qui s'y rattachent prennent leur sens dans le rapport social donc, dans l'interaction, voire dans la conduite qui a lieu dans un contexte et un moment précis (Cuche, 2001), tout en considérant qu'elle s'inscrit dans un contexte plus global que celui où elle prend place (Wear, 2003). Envisager la culture comme un processus dynamique qui prend son sens lorsqu'elle est mise en événement nous amène à proposer une vision élargie de la communication qui peut être entendue comme un phénomène social, comme une «performance de la culture» ou «comme un concept intégrateur, permettant de penser autrement les rapports entre l'individu et la société, entre la société et la culture»

(Winkin, 2005, p. 96-97). Les notions de culture et de communication se retrouvent de ce fait intimement liées puisque l'on considère que c'est: «l'ensemble des actualisations de la culture dans les mille et un gestes de la vie quotidienne [qui] constitue la "communication"» (Winkin, 2005, p. 96-97).

2.2.4.1 L'approche interculturelle

Apparue dans les années 1970 aux États-Unis et dans les années 1980 au Québec et en Europe, l'approche interculturelle – qui est à la fois une façon de penser les relations pluriethniques, une méthode de recherche, une politique de gestion nationale (telle que promulguée au Québec⁴⁵), une approche pédagogique et un modèle de pratique pour l'intervention (Legault, 2000a) – présente, en comparaison au courant culturaliste, une vision beaucoup plus opérationnelle de la culture puisqu'elle la situe dans une perspective individuelle, voire subjective, interactionnelle, voire intersubjective (rencontre de cultures et d'identités), situationnelle, complémentariste et structurelle (contexte d'interaction, statut de minorité, rapports de pouvoir...). Se fondant sur une philosophie du sujet, l'interculturel considère que «la culture ne s'exprime pas seulement au niveau des différences de croyances, de valeurs, de normes et de modes de vie du groupe mais aussi au niveau de l'individu dans ses manières de penser, de sentir et d'établir la communication» (Camilleri et Cohen-Emerique, 1989, p. 14)⁴⁶.

⁴⁵ L'idéologie d'insertion des immigrants, telle que prônée au Québec, réfute le monoculturalisme américain ou français ainsi que le multiculturalisme canadien. Elle s'inscrit plutôt dans le modèle de «convergence culturelle» lequel sous-tend que les «cultures des groupes minoritaires doivent à la fois être fusionnées à la culture majoritaire francophone et maintenues en périphérie, jouissant d'une autonomie relative» (Legault, 2000b, p. 45).

⁴⁶ Camilleri (1989b) définit la culture comme : «l'ensemble plus ou moins fortement lié des significations acquises les plus persistantes et les plus partagées que les membres d'un groupe, de par leur affiliation à ce groupe, sont amenés à distribuer de façon prévalente sur

S'inscrivant dans une posture qui reconnaît l'existence de la diversité et la pluralité des normes, l'approche interculturelle soutient que ces dernières ne prennent sens qu'à travers la rencontre, le dialogue, l'échange et la construction du sens (Clanet, 1994, p. 301). L'intérêt est ainsi centré «sur les interactions au sens d'une approche communicationnelle de la personne» (Abdallah-Pretceille, 1999b, p.55). Loin d'être le reflet d'une réalité objective, la culture est perçue comme «le résultat d'une activité sociale et langagière. [Elle n'existe] que par une formulation discursive dont le silence et le non-verbal sont aussi des modalités. [...] La culture comme la langue est un lieu de mise en scène de soi et des autres⁴⁷» (Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996, p. 61).

Le préfixe «inter» du terme indique d'ailleurs toute l'importance accordée à l'interaction, aux rapports et aux processus dynamiques qui s'établissent lorsque deux ou plusieurs individus provenant de cultures différentes entrent en contact. La posture interculturelle estime donc que les caractéristiques culturelles – tout comme les représentations que l'on se fait de la culture – ne deviennent significatives que dans un contexte et une relation (Abdallah-Pretceille, 1999b; Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996); c'est ainsi que les traits culturels seront perçus «comme le miroir d'une situation plutôt que comme le reflet d'une réalité» (Abdallah-Pretceille, 1999b, p. 62). Le réel, voire la signification de la culture devient, dans ce cas, l'usage de la culture ainsi que le discours que l'on porte sur celle-ci :

les stimuli provenant de leur environnement et d'eux-mêmes, induisant vis-à-vis de ces stimuli des attitudes, des représentations et des comportements valorisés, dont ils tendent à assurer la reproduction par des voies non génétiques» (p. 27). Nous souhaitons ici mettre en relief les notions d'«attitudes», de «représentations» et de «comportements», lesquelles ne se retrouvent pas dans la citation de l'UNESCO.

⁴⁷ Ces auteurs soulignent que la notion de «culture» ne fait pas de distinction entre la langue et le langage, «d'où la confusion et les difficultés pour parler de la culture mais aussi et surtout de l'usage – des usages – de la culture» (p. 61).

La culture n'a pas de sens intrinsèque et n'existe que parce qu'elle est actualisée dans un acte, nécessairement inscrit dans une situation d'interlocution. Ainsi, le seul moyen de comprendre les éléments culturels de la communication (qu'ils soient utilisés comme référents ou comme signaux dans une stratégie discursive, c'est-à-dire qu'ils soient directement l'objet du discours ou au service de celui-ci) n'est pas de connaître la culture mais d'analyser la situation de communication. Il s'agira donc de travailler essentiellement au niveau des objectifs, c'est-à-dire au niveau pragmatique et non pas seulement sémantique (pour le langage) ou sémiologique (pour la culture) (Pretceille-Abdallah et Porcher, 1996, p. 117).

En d'autres termes, les différences culturelles, plutôt que d'être définies à partir d'un ensemble de qualités attribuées – c'est-à-dire comme des données objectives à caractère statique – seront définies comme des rapports dynamiques entre deux entités qui se donnent mutuellement sens (Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996, p. 56). À ce titre, on ne rencontre jamais des cultures, mais plutôt des personnes qui sont porteuses de cultures (Camilleri, 1995) puisqu'en situation d'interaction, chaque personne sélectionnera, selon ses besoins, ses objectifs, ses intentions, les éléments et informations culturels qui s'appliquent à la situation de communication. L'individu ne communique donc pas «avec le "tout" de la culture mais uniquement avec des bribes qu'il manipule selon les circonstances, les hasards et les nécessités» (Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996, p. 73). L'interculturel concède ainsi un rôle beaucoup plus actif à l'individu puisqu'au lieu d'être envisagé comme un produit de sa culture, il devient l'acteur, le producteur de celle-ci (Abdallah-Pretceille, 1999b, p. 53).

L'option interculturelle prend en compte que la culture n'est qu'un des éléments qui constitue les multiples identités d'une personne. Des facteurs tels le sexe, l'origine sociale, l'âge, la profession, les appartenances religieuses et idéologiques et nationales, la trajectoire personnelle, les convictions, les sensibilités, les affinités, l'origine géographique, l'ethnicité, seront considérés comme des incontournables de

l'approche interculturelle⁴⁸. Ces éléments d'identification, viendront influencer, tout autant que les traits ethnoculturels, les manières d'être et de communiquer d'un individu (Lipiansky, 1989a, p. 35).

Chaque personne porte ainsi des identités multiples comportant différentes facettes ou différents marqueurs qui, tout en formant l'«ensemble» de la personne, ne sont pas tous mobilisés en même temps dans une situation d'interaction :

Une déclinaison d'identité, ou la mobilisation de tel ou tel autre marqueur identitaire, est contextuelle, pragmatique: un marqueur devient plus prégnant dans un contexte (l'identité professionnelle au travail, l'identité de mère à la maison). Cependant, dans certaines circonstances, des marqueurs non intentionnellement convoqués (comme le sexe, la culture ou l'ethnicité) peuvent également faire sentir leur poids (Kanouté, 2003, p. 2).

2.2.4.2 L'approche interculturelle appliquée à la rencontre intervenant- client

L'interculturel concède une large place au sujet tout en le situant dans une dynamique relationnelle liée à la dialectique identité/altérité (Abdallah-Pretceille, 1999b, p. 54). La rencontre étant au cœur de son intérêt, elle met en relief la présence de différences entre les individus qui sont en contact (Battaglini et Gravel, 2000, p. 113; Roy, 2000, p. 141), ce qui permet de reconnaître que lors d'une interaction professionnelle en milieu sociosanitaire, le client, tout comme l'intervenant, sont porteurs de cultures et que la relation s'établit entre deux personnes possédant des différences personnelles, sociales et culturelles (Gudykunst et Kim, 1992, p. 187).

⁴⁸ Ces notions sont intimement reliées au concept de culture si, dans ce contexte, on entend la culture comme «l'ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe social» (Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000, p. 39).

Ce constat nous apparaît de première importance, car il souligne le fait que la ou les culture(s) de l'intervenant auront une influence sur le processus d'intervention tout autant que la ou les culture(s) de son client. Il permet aussi de mettre en relief le fait qu'un nombre de plus en plus élevé d'intervenants possèdent une identité ethnoculturelle qui les rapproche de leur clientèle pluriethnique et que celle-ci peut interférer sur l'intervention et sur l'interaction professionnel-client au même titre que l'identité professionnelle, par exemple (Rhéaume, Tremblay et Sévigny, 2000, p. 44).

Cette présence d'une ou de plusieurs cultures (professionnelles, institutionnelles, groupes d'origines) chez l'intervenant a été soulevée par divers auteurs qui s'insèrent dans une approche interculturelle de l'intervention mais leur impact sur l'intervention et sur l'interaction demeure encore largement sous-documenté (Cognet, 2000b). Comme l'indique Cohen-Emerique (1989), l'intervenant :

[...] n'est pas culturellement neutre, ni situé hors des rapports sociaux. De par ses appartenances diverses, nationale, religieuse, régionale, classe sociale, catégorie professionnelle et rattachement institutionnel, il a intériorisé une culture et des sous-cultures dont il n'a pas toujours conscience mais qui vont le définir et orienter ses rapports aux autres (p. 90-91).

Battaglini et Gravel (2000c) soulignent eux aussi l'importance de tenir compte de l'influence que peut avoir la culture de l'intervenant sur ses manières d'agir avec le client en situation d'interaction professionnelle. Ils notent en fait l'influence minimale de deux cultures soit:

- 1- une culture personnelle qui suppose une vision du monde, des valeurs, des normes, des pratiques sociales, des références symboliques, une représentation d'autrui, une attitude à l'égard de la différence culturelle, des présupposés, des préjugés, etc.;

- 2- une culture professionnelle dénotant une représentation de son rôle d'intervenant, des mandats, des normes, des valeurs et des modes d'intervention, une idéologie et une représentation du client qui véhicule des croyances fondées dans la théorie et la pratique (p. 113-114).

Ajoutons que la rencontre entre un intervenant et un client s'inscrit dans un contexte d'intervention, ainsi que dans d'autres contextes plus larges qui sont, eux aussi porteurs de cultures : « [...] l'intervenant se situe à l'intersection de plusieurs courants culturels s'emboîtant les uns aux autres. En effet, chaque milieu de travail, bureau, point de service, département ou unité, a son histoire, ses traditions et ses manières de faire » (Battaglini et Gravel, 2000, p. 114). Dans cette optique, pour comprendre l'intervention, il faut prendre en compte l'existence de cultures organisationnelles et institutionnelles qui influencent le cours de l'interaction, l'intervenant n'étant pas le seul responsable de la manière dont les services sont déployés : « Ce dernier dépend en effet d'une structure, d'une administration et d'exigences qui dictent sa façon de travailler et d'entrer en relation avec la personne aidée (ex: ne pas établir de relations personnelles avec la clientèle, évaluer en fonction d'objectifs précis, d'un temps précis, etc.) » (Battaglini et Gravel, 2000, p. 115). Mais d'autres contextes, encore plus larges, ont une influence sur le travail des professionnels et sur leur interaction avec la clientèle :

Ce premier ancrage professionnel et institutionnel de l'intervenant est, quant à lui, géré par les politiques internes de l'établissement en lien avec sa fonction. Ajoutons que l'établissement doit répondre à l'état qui élabore les lois et les politiques à la base de ses actions et qui permet, en allouant du financement, la mise en œuvre de ces priorités. Derrière ces lois domine une vision de la société vis-à-vis de laquelle l'intervention doit se positionner dans un contexte où de multiples courants complémentaires ou contradictoires se côtoient (Battaglini et Gravel, 2000, p. 114).

Bref, une analyse interculturelle de l'intervention ne peut avoir lieu «sans une analyse de la société et des institutions dans laquelle elle intervient» (Clanet, 1994, p. 110). Nous concevons, à l'instar de Fortin et Laprise (2007) que «les situations d'intervention gagnent à être saisies dans les dynamiques plus larges dans lesquelles elles se construisent» (p. 201). On ne peut faire abstraction des réseaux socio-institutionnels dans lesquels et à travers lesquels les interactions prennent place, tout comme on ne peut nier les influences de l'environnement et des structures, mais toujours en gardant en mémoire que «les cultures, les systèmes, n'existent que s'ils sont portés par des acteurs qui leur donnent vie et qui peuvent aussi les transformer» (Abdallah-Pretceille, 1999b, p. 54). D'où l'importance de toujours considérer que «culture» et «structure» sont intimement reliées et qu'elles s'influencent. Retenons qu'en situation d'intervention, l'intervenant est le «véhicule de sa culture professionnelle, de sa culture personnelle et institutionnelle» (Battaglini et Gravel, 2000, p. 114) et que celui-ci se situe entre les cultures du client et celles de l'organisation pour laquelle il travaille.

Outre le concept de «culture(s)», les concepts d'«identité» et d'«ethnicité» sont des concepts incontournables de l'approche interculturelle.

Le concept d'**identité(s)** qui peut se définir comme étant : «L'ensemble des caractéristiques physiques, psychologiques, morales, juridiques, sociales, culturelles à partir desquelles la personne peut se définir, se présenter, se connaître et se faire connaître, ou à partir desquelles autrui peut la définir, la situer ou la reconnaître» (Tap, 1979 cité par Apfelbaum et Vasquez, 1983⁴⁹) est une notion centrale dans l'approche interculturelle. On s'intéressera notamment à la notion de «construction identitaire» laquelle comporte deux dimensions en constante interaction soit : une

⁴⁹ C'est dans cette optique que l'on parlera d'identité affirmée (celle que l'on se reconnaît) ou d'identité assignée (celle qui nous est assignée par les autres) (Kanouté, 2003, p. 2).

dimension personnelle, reliée au traits de caractère de la personne (définition de soi élaborée par l'individu lui-même, en perpétuelle évolution) et une dimension sociale qui inclut l'appartenance de l'individu à un groupe social déterminé, laquelle comprend l'identité professionnelle, l'identité de genre, l'identité nationale, ethnique, culturelle (Kanouté, 2003, p. 2).

Considérant que la culture n'est en fait qu'un des éléments qui constitue les multiples identités d'une personne, l'option interculturelle prend en compte que des facteurs tels le sexe, l'origine sociale, l'âge, la profession, les appartenances religieuses et idéologiques, l'ethnicité, la trajectoire personnelle, les convictions, les sensibilités, les affinités, l'origine géographique, etc. sont des éléments d'identification qui viendront aussi influencer les manières d'être et de communiquer d'un individu (Lipiansky, 1989, p. 35)⁵⁰. Chaque personne porte donc une identité (ou des identités) comportant de multiples facettes ou de multiples marqueurs qui, tout en formant l'«ensemble» de la personne, ne sont pas tous mobilisés en même temps dans une situation d'interaction : «une déclinaison d'identité, ou la mobilisation de tel ou tel autre marqueur identitaire, est contextuelle, pragmatique : un marqueur devient plus prégnant dans un contexte (l'identité professionnelle au travail, l'identité de mère à la maison). Cependant, dans certaines circonstances, des marqueurs non intentionnellement convoqués (comme le sexe, la culture ou l'ethnicité) peuvent également faire sentir leur poids» (Kanouté, 2003, p. 2). La question des **stratégies identitaires**, prise dans ses dimensions interactives est un point d'intérêt de l'approche interculturelle puisque c'est l'identification de l'identité, ou la mobilisation de tel ou tel marqueur identitaire, mis en jeu dans l'interaction et dans un contexte particulier qui deviennent l'objet de l'analyse: «on ne parle plus de l'identité, mais de son identification, en tant que jeu

⁵⁰ L'approche interculturelle rejoint, en ce sens, la vision prônée en *nursing* qui considère que la culture est influencée par un ensemble de déterminants tels l'identité ethnique et raciale, le genre, les expériences de vie et le contexte dans lequel vit une personne. Tous ces éléments forment les valeurs, les croyances et les comportements des individus, des familles et des communautés (voir Meleis, 1996, p. 6).

entre l'identité assignée et l'identité intériorisée» (Stoicu, 2008, p. 34, citant Camilleri, 1990).

L'approche interculturelle fera aussi référence au concept d'**ethnicité** lequel relève de «l'identité ethnique, ou du sentiment d'appartenance qu'éprouve un individu envers un groupe, dont les membres se réclament d'une origine commune (réelle ou fictive) et partagent notamment une culture commune» (ACCESSS, 2000, p. 16 citant Gelfand, 1994, p. 8). L'ethnicité peut ainsi être perçue comme un des éléments faisant partie de l'identité d'un individu et sa manifestation (*ethnic allegiance*) peut varier en intensité «allant de l'absence d'identification ethnique [...] à une totale identification ethnique [...] Une absence de manifestation (concrète) de comportements associés à une tradition culturelle particulière, ne signifie pas pour autant que la personne rejette toute allégeance à son groupe» (ACCESS, 2000, p. 18 citant Gelfand, 1994).

La tendance des sociétés pluralistes à forte immigration est de parler d'identité ethnoculturelle pour établir une différence entre la culture du groupe majoritaire et celle des groupes minoritaires⁵¹ : «Ainsi, un groupe ethnoculturel se voit-il qualifié d'ethnique lorsqu'une distinction est établie entre la définition culturelle du groupe majoritaire et celle du groupe minoritaire» (Proulx-Desrosiers, 1996, p. 10). Cette vision suppose l'existence de frontières qui délimitent «ceux qui font partie du groupe et ceux qui ne le sont pas» (Kanouté, 2003, p. 3), ce qui laisse à penser que n'est ethnique que le minoritaire :

⁵¹ Il est à noter que le chevauchement entre la culture et l'ethnicité est complexe puisqu'il peut y avoir des cultures différentes dans un même groupe ethnique et que les identités ethniques peuvent demeurer malgré la disparition de différences culturelles objectives entre des groupes (Kanouté, 2003, p. 4). Martiniello (1995) considère pour sa part que la construction culturelle serait un sous-produit de l'ethnicité fortement relié à la revitalisation des frontières et à la mobilisation ethnique. Afin de prendre en compte la complexité et l'imbrication des notions de culture et d'ethnicité, certains auteurs parleront de groupe ethnoculturel, d'identité ethnoculturelle ou de minorité ethnoculturelle (Kanouté, 2003, p. 4).

Ces frontières sont construites à partir de différents marqueurs affirmés et/ou assignés (sociaux, culturels, linguistiques, relatifs à la couleur de la peau, etc.) et sous-entendent l'idée de rapports interethniques. Le groupe ethnique, les rapports interethniques dans lesquels il est impliqué et leur nature (coopération, évitement, conflit, domination, etc.), sont des repères importants de l'espace de l'ethnicité qui en est un de mobilisation autour d'enjeux divers (sociaux, culturels, politiques, économiques)» (Martiniello, 1995 cité par Kanouté, 2003, p. 4).

On note cependant une certaine évolution dans la façon de prendre en compte l'ethnicité puisque la tendance veut que l'on en propose aujourd'hui une vision plus dynamique : celle-ci «n'est plus seulement définie par le conservatisme culturel d'un groupe isolé, mais davantage comme l'interaction entre des groupes sociaux» (ACCESSS, 2000, p. 17), ce qui met en relief la notion des rapports intergroupes et reconnaît, par le fait même, la présence d'ethnicité et de culture(s) chez toutes les personnes concernées dans l'interaction.

Nous venons d'aborder les champs disciplinaires en lien avec notre objet d'étude. L'analyse du travail, l'interaction professionnelle en santé, les relations interpersonnelles et l'approche interculturelle sont les domaines que nous avons privilégiés. Nous présenterons, en dernière partie de ce chapitre, les concepts que nous avons retenus pour étudier notre phénomène dans sa multidimensionnalité et dans sa complexité.

2.3 RÉFÉRENTS INTERPRÉTATIFS DE DÉPART

La démarche de recherche à tendance inductive à laquelle nous souscrivons suggère une manière d'aborder et d'analyser les phénomènes à partir de «référénts interprétatifs de départ» (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 80) qui nous serviront d'appuis initiaux pour cerner les éléments que nous souhaitons faire ressortir, tout en nous permettant de s'en émanciper si de nouvelles informations émergent lors de la collecte de données. Décrits par Edgar Morin (1990) comme des «macro-concepts»; par Mucchielli (2005a) comme un «cadre de référence large et souple»; présentée par Demazière et Dubar (1997) comme «une perspective sociologique générale»; désignées par Schwandt (1997) comme des «adhésions interprétatives et théoriques»; définies par Lecompte et Preissle (1993) comme des «influences théoriques» ou par Seidel et Kelle (1995) comme des «réseaux conceptuels» (*conceptual network*); comme une «structure conceptuelle de départ» par Garrison (1988); ou comme une «perspective conceptuelle généraliste» par Marc et Picard (2008), tous ces auteurs s'entendent pour dire qu'il s'agit «d'avoir une boîte à outils de concepts extensibles, se référant à un ensemble théorique large [...] plutôt qu'une théorie forte qui dicte trop les résultats à atteindre et la manière de les atteindre» (Mucchielli, 2005a, p. 28-29).

Les éléments que nous présentons ici sont considérés comme un inventaire de départ pour notre étude. Ils auront servi non de cadre, mais de guides suggestifs et instrumentaux pour «fixer quelques grands paramètres initiaux» qui conduiront nos observations, nos entretiens ainsi que l'analyse qui en découlera (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 80). Dans cette optique : «la théorie se place au service d'une meilleure compréhension du monde, et non l'inverse [...] L'idée n'est pas de vérifier la théorie, mais d'y faire appel» (Paillé et Mucchielli, 2008, p. 80-81). On pourrait dire que les éléments de théorie que nous présentons peuvent être considérés «comme une carte

provisoire du territoire, composée de connaissances générales à propos du phénomène que l'on s'apprête à étudier, ainsi que des repères interprétatifs» (Alex Mucchielli, 2005a, p. 29).

Nous rappelons que nous avons choisi d'aborder l'interaction professionnelle en combinant l'aspect dynamique, les processus (inter)subjectifs qui la sous-tendent ainsi que les aspects plus généraux qui ont une influence sur son déroulement.

2.3.1 Travail prescrit, réel, vécu et part relationnelle du travail

De la communication au travail, incluant ici la relation de service et la relation de soins, nous conserverons les notions de **travail prescrit, de travail réel et de travail vécu**, issues de l'ergonomie mais aussi étudiées par la psychodynamique du travail ainsi que par la sociologie clinique. Nous porterons une attention particulière à la part relationnelle du travail en soutien à domicile sans la séparer de la part technique, considérant que ces deux dimensions sont interreliées dans les interactions en milieu de soins (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 26). Nous retiendrons, dans cette optique, le concept du «*care*», lequel met en relief la dimension relationnelle de l'activité de travail en santé. Nous n'aborderons cependant pas la notion de compétence communicationnelle comme l'ont fait plusieurs études qui se sont intéressées à l'interaction soignant-soigné puisque notre but n'est pas de porter un jugement sur le travail des intervenants, mais plutôt de comprendre les aspects interactifs et (inter)subjectifs de l'interaction au travail telle qu'elle se passe et telle qu'elle se vit au quotidien en contexte pluriethnique.

2.3.2 L'interaction, la communication, la relation, le lien

Puisque l'interaction est le cœur de notre objet d'étude et que nous traiterons de la communication interpersonnelle sous l'angle relationnel et interactionnel, il importe d'en donner une définition et d'en préciser ses composantes principales.

Nous entendons par **interaction** : «l'influence réciproque et simultanée exercée par les personnes en présence et les attentes mutuelles qu'elles développent les unes par rapport aux autres» (Cormier, 2004, p. 30). L'interaction interpersonnelle est en fait «le point émergent de la structure complexe qui la soutient» (Richard et Lussier, 2005b, p. 43). Elle se présente en fait comme étant le plus petit élément de la communication.

La «**communication**», voire «**communication interpersonnelle**», désigne quant à elle l'ensemble des interactions qui ont cours dans un système à un moment précis. On peut la définir comme étant : «le rapport d'interaction qui s'établit lorsque les partenaires sont en présence» (Marc et Picard, 2008, p. 9). Elle représente «la dimension dynamique du lien», ou encore, «la dimension interactive de la relation» puisque c'est à travers les rencontres, les échanges, les contacts, c'est-à-dire la communication, que la relation se constitue, se développe et évolue. Il ne peut y avoir de relation sans communication, «même si elle peut s'en passer pour un temps déterminé» (Marc et Picard, 2008, p. 9). Il faut donc considérer un **acte de communication** comme :

un système complexe, dynamique, producteur de sens et porteur d'enjeux pour les interlocuteurs, aux finalités multiples dans lequel le transfert d'information n'est qu'un aspect parmi d'autres. Car «communiquer», c'est aussi : définir une relation, affirmer son identité, négocier sa place, influencer

l'interlocuteur, partager des sentiments ou des valeurs et, plus largement, des significations (Marc et Picard, 2008, p. 63).

Par «**dimension relationnelle**», nous entendons «l'aspect de la communication qui, au-delà du contenu du message, définit les interactants et leurs relations ainsi que la perception qu'ils en ont» (Cormier, 2004, p. 30). Le terme «**relation**» peut ainsi être entendu comme : «la forme et la nature du lien qui unit deux ou plusieurs personnes». Celle-ci implique une relative stabilité puisqu'elle s'inscrit dans la durée et «se distingue des contacts éphémères où le lien ne survit pas à la rencontre [...] Elle constitue donc un lien subjectif en même temps qu'objectif» (Marc et Picard, 2008, p. 9).

Le lien est «ce que deux personnes sont l'une pour l'autre, ce au nom de quoi elles se doivent quelque chose : aide, soin, respect, considération [...] Les liens sont d'ordre symbolique, ils encadrent les relations, qui sont d'ordre empirique» (Gagnon, 2009, note *infra*, p. 334, citant Gagnon, Saillant et *coll.*, 2000).

2.3.3 Les éléments de contexte retenus

Nous avons démontré, tout au long de notre argumentation, l'importance de tenir compte des contextes qui influencent les interactions. Pour les fins de nos analyses, nous avons retenu les trois éléments contextuels suivants: 1- Les **contextes institutionnel et organisationnel**; 2- le **niveau immédiat de la rencontre** ainsi que 3- la **dynamique temporelle de la relation**.

2.3.3.1 Les contextes institutionnel et organisationnel

Les contextes institutionnels et organisationnels colorent la rencontre puisque celle-ci s'inscrit «dans un environnement culturel et social qui [lui donne] sa coloration spécifique» (Marc et Picard, 2008, p. 14) de par sa mission, sa bureaucratie, son type d'administration, sa programmation et ses exigences d'évaluation qui conditionnent la nature des interactions entre un intervenant et un client (Battaglini, 2000a, p. 52). Ces contextes définissent en grande partie la structure de la relation puisqu'ils sont porteurs de significations symboliques, de contraintes, de règles, de fonctionnements, de normes relationnelles et interactionnelles (codes de communication, rituels d'interaction), de valeurs, de statuts et de rôles (prédéfinis, pressentis, assignés, joués, attendus) qui supposent des types de rapports (rapports de place /nature de la relation/ type de relation). Nous avons déjà assis, dans notre problématique, les règles formelles du soutien à domicile telles que prescrites par l'organisation (MSSS). Il nous reste à aller chercher, via nos observations et via le discours des intervenants, la façon dont ils répondent à ces règles et les perceptions qu'ils en ont.

2.3.3.2 Le niveau immédiat de la rencontre

Le deuxième élément de contexte concerne la temporalité propre à la rencontre elle-même. Il représente «la relation ponctuelle qui se passe "dans l'ici et le maintenant" et qui peut être observée à partir des interactions qui ont lieu entre les personnes» (Marc et Picard, 2008, p. 12)⁵² et donne accès à «l'évolution de la relation au cours de l'entretien» (Richard et Lussier, 2005b, p. 57).

⁵² Giroux (2005) parle quant à elle de «connotation temporelle de nature ponctuelle», où la relation désigne «l'ensemble des interactions qui se produisent durant une consultation, une entrevue, une visite, un épisode de soins» (p. 119).

Nous amorcerons notre compréhension de ce niveau en incluant **le scénario global de l'échange** dans lequel nous incluons :

- **La temporalité propre à l'intervention.** Nous accorderons, pour ce faire, une attention à la «préparation de la rencontre», définie comme étant «les dispositions prises par l'intervenant et le client pour préparer la rencontre» (Richard et Lussier, 2005b, p. 43). Celle-ci inclut, outre la part d'imprévu, les attentes, les objectifs, le plan d'intervention pour l'intervenant, l'agenda de chaque personne ainsi que les résonances, qui font en sorte que chaque acteur privilégie certaines informations, donne du sens et favorise un aspect, un détail, un événement en fonction de ses propres constructions, expériences et émotions;
- **Les acteurs en présence,** voire le nombre de personnes présentes dans l'interaction en y incluant, pour chaque sujet, des informations concernant l'origine ethnoculturelle, l'âge (parfois approximatif), le sexe, la profession (pour les intervenants, mais aussi pour les clients ou les tierces personnes si mentionnée), la ou les langue(s) comprise(s) et parlée(s), les groupes d'appartenance et de référence (lorsque mentionnés), des éléments de l'histoire personnelle ou des expériences antérieures (lorsque signalés);
- **Le lieu de l'intervention,** voire l'organisation locale ainsi que le positionnement dans l'espace (distance, organisation, appropriation de l'espace, matériel utilisé). Le lieu précis dans lequel l'interaction se déroule représente, dans le cas de cette thèse, un élément de première importance puisque l'intervention se fait sur le territoire du client plutôt que sur celui de l'intervenant;
- **Les temps de la rencontre** dans lesquels nous incluons l'ouverture, les temps de l'intervention et la fermeture;

Notre intérêt pour la situation de communication ponctuelle se situera surtout au niveau **du processus dynamique** (**structure et nature de la relation**), lequel prendra en considération, en les faisant interagir, les cinq axiomes de la communication tels que présentés par l'École de Palo Alto. De **la relation et le contenu (axiome 2)**, nous ferons ressortir la congruence ou la discordance entre ces deux niveaux; **La ponctuation de la séquence des faits (axiome 3)** nous permettra de dégager la dynamique interactionnelle, l'évolution des échanges ainsi que les négociations conversationnelles, toutes trois porteuses d'enjeux opératoires ou symboliques qui se révèlent dans les démarches stratégiques entreprises par les acteurs. Nous mettrons en évidence les échanges «récurrents» entre les acteurs, c'est-à-dire que nous repèrerons les échanges qui reviennent et apparaissent comme des rituels dans l'interaction, ce qui permettra de mettre en relief les stratégies interactives utilisées par chaque acteur en fonction des objectifs qu'il poursuit (tentatives de fixer le genre de l'échange, négociation des places interactionnelles). Nous y incluons: le fonctionnement des tours de parole (alternance des tours de parole, l'enchaînement des répliques, la gestion des pauses et des silences, des interruptions et des chevauchements de parole); la gestion des thèmes ou de la relation interpersonnelle (les façons d'obtenir ou de donner l'information, les suggestions, les réactions, les sollicitations de réaction) et le système de régulation (façons de «gérer» la relation, le jeu avec les contraintes, les normes, les règles); **Les modes de communication (axiome 4)** nous permettrons d'accorder un intérêt aux formes d'expression qui prennent corps à travers le langage verbal et le langage non verbal. Nous tenons à spécifier que ne nous situant pas en sociolinguistique ou en analyse de conversation, nous ne nous engagerons pas dans une analyse poussée du langage verbal⁵³. Nous retiendrons les éléments du discours qui nous permettrons de

⁵³ Nous ne souhaitons pas, par exemple, décrire les faits phonétiques, intonatifs ou paralinguistiques avec une grande précision; une telle démarche ne correspondant pas à nos

voir à quelles fins (stratégies, enjeux) et comment (jeu) le discours est utilisé dans l'interaction. La **dimension du contenu**, n'a pas été abordée de façon directe par les auteurs qui se sont directement associés aux travaux de Gregory Bateson et de l'École de Palo Alto (Brouillet et Deaudelin, 1994, p. 448), c'est pourquoi nous avons emprunté à Grosjean et Lacoste (1999) les trois types d'échanges verbaux qui permettent de montrer que les communications entretiennent des rapports diversifiés pendant l'activité de travail soit : les échanges opérationnels, les échanges méta-opérationnels et les échanges interstitiels. Les **échanges opérationnels** sont directement liés à la dispense des soins et peuvent être de deux types : a) les «entretiens» d'aide ou d'éducation qui ont lieu avec les patients et leurs familles où la parole est la principale constituante de l'action et b) les «échanges opérationnels de coaction» où les communications serviront à la coordination de l'action et s'intégreront aux opérations manuelles et techniques pour prendre la forme d'une «*entreprise mutuellement coordonnée*⁵⁴» (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 58 citant Goffman, 1987, p. 151). Les **échanges méta-opérationnels** entretiennent quant à eux plus de distance avec l'activité de soins et consistent, généralement, à organiser l'action future, à élucider des questions problématiques et à répartir ou prévoir le travail. Les **échanges interstitiels** se glissent, pour leur part, dans les interstices de l'activité et des communications opérationnelles et représentent des formes de sociabilité et de maintien du lien social : «on plaisante, on parle du temps qu'il fait, des enfants, du *week end* [...]» (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 59). Nous prendrons aussi en compte la ou les langue(s) employée(s), les compétences linguistiques, les façons d'utiliser la ou les langues, la teneur des propos (thèmes abordés), la variation de la mise en mots (attention portée au «lexique» pour cerner le type de mots employés : mots techniques ou mots courants). Nous nous intéresserons aussi, de

objectifs qui reposent plutôt, comme nous venons de le mentionner, sur une description et une compréhension de la dynamique interactionnelle.

⁵⁴ Le contenu de ces échanges comporte surtout des requêtes directes ou indirectes, des évaluatifs, des annonces de l'action physique entreprises.

façon générale, à la «syntaxe» pour voir le type de phrases employé : phrases longues et articulées ou brèves et juxtaposées. Une attention sera portée aux rapports énonciatifs (système de l'adresse) afin de cerner les préférences pour les formes personnelles individuelles en «je» ou collectives en «nous», ou pour les formes impersonnelles (pronoms et appellatifs). Nous délimiterons certains actes de langage afin de cerner, de façon large, la fréquence des affirmations, des ordres, des opinions, des discussions, des compromis, etc. Quant à la communication non verbale, nous demeurerons attentive à la gestuelle, à la proxémie (utilisation de l'espace, positions des corps dans l'espace), aux expressions faciales, aux tons de voix, aux silences observés, aux regards, aux rituels de communication tels les rites d'accueil et d'hospitalité (Cohen-Emerique, 1989, p. 96 et Gudykunst et Kim, 1992, p. 34). Nous sommes cependant conscientes qu'une telle analyse demeure sommaire et incomplète lorsqu'on ne possède pas d'enregistrement audiovisuel pour faire un retour sur la situation de communication⁵⁵. Nous tiendrons compte, en dernier lieu, de **la symétrie ou la complémentarité** de la relation (**axiome 5**), lesquelles nous permettront d'être attentive à la forme de distance qui existe ou s'établit entre les sujets.

Les processus (inter)subjectifs nous donnerons un certain accès aux schèmes subjectifs, à certains préconstruits⁵⁶, à des procédures, des attentes et des anticipations qui influencent la relation et orientent de façon significative la production, la

⁵⁵ Nous avons cependant utilisé une grille d'observation ouverte afin de relever, pendant les observations, les comportements non verbaux les plus significatifs.

⁵⁶ Nous entendons, par préconstruit : «la manière avec laquelle l'individu construit ses savoirs sur le monde» (Amiguet et Julier, 2003, p. 198). Ils représentent : «L'ensemble des représentations, issues de nos propres processus d'apprentissage, que l'on a sur autrui, son contexte, son problème, avant même de le rencontrer [...] Ils sont également le fruit des construits sociaux, c'est-à-dire des structures institutionnelles et relationnelles qui posent des règles de relation, des rituels de comportement, des mythologies et des déontologies. Ce sont encore des télescopes imprévisibles qui surgissent dans la rencontre même entre l'intervenant et le client et que nous appelons des résonances» (Amiguet et Julier, 2003, p. 205). Les résonances peuvent quant à elles être définies comme «les construits qui se révèlent dans le cadre même de l'interaction» (Amiguet et Julier, 2003, p. 202).

construction, le contenu et la forme du message. Ainsi, les objectifs, les intentions, les motivations, les enjeux, les désirs, les peurs, les angoisses, les zones de sensibilité ou de fragilité, les représentations de soi et d'autrui, la façon dont le locuteur se perçoit, la façon dont chaque acteur perçoit et situe l'interlocuteur sont des éléments qui feront l'objet de notre attention puisqu'ils comportent des enjeux réels et symboliques inhérents à la relation, qu'ils donnent place à la mise en scène de stratégies multiples et qu'ils montrent, en même temps, toute la complexité inhérente au processus de communication tout en révélant sa grande richesse (Marc et Picard, 2008). Ces processus renvoient à des notions d'autoréférence (préconstruits individuels) et à des préconstruits sociaux qui présupposent «une construction relationnelle indépendamment de la personne que nous allons rencontrer» (Amiguet et Julier, 2003, p. 204) laquelle résulte des préjugés⁵⁷, perceptions, des apprentissages, des croyances, des valeurs, des mythes et des attributs culturels caractéristiques à chaque individu qui les ont amenés à développer des catégories explicatives du réel⁵⁸.

⁵⁷ Le **préjugé** peut être défini comme une «attitude de l'individu comportant une dimension évaluative, souvent négative, à l'égard de types de personnes ou de groupes, en fonction de sa propre appartenance sociale. C'est donc une disposition acquise dont le but est d'établir une différenciation sociale» (Fischer, 1987).

⁵⁸ Les **croyances** sont ce qu'une personne, ou un groupe de personnes, considère comme vrai, juste, normal au regard de ses expériences et apprentissages. La **valeur** peut être considérée comme l'appréciation qualitative portée sur des croyances : il est bon, il est juste, il est injuste, il est mauvais, il est malsain, etc. Les **mythes** réunissent quant à eux les croyances et les valeurs et sont des préconstruits préalables à la rencontre entre un intervenant et un client. Ces mythes (de la compétence, de la neutralité, de la bonne relation, etc.) ont une forte influence sur l'interaction : «ils alimentent ce que l'intervenant sait avant d'avoir rencontré le client et ils vont devenir les instruments mêmes de son activité de construction de la situation [...] Ils ne sont donc pas seulement du domaine de la pensée, mais sont des guides qui dirigent l'action, qui se traduisent dans un discours» (Amiguet et Julier, 2003, p. 197-198).

2.3.3.3 La dynamique temporelle de la relation

Le troisième élément de contexte que nous retiendrons concerne **la dynamique temporelle de la relation**, laquelle sous-tend que *«la relation actuelle est d'abord la continuation d'une relation antérieure (ou d'autres relations similaires)»* (Marc et Picard, 2008, p. 12). Les éléments que nous prendrons en considération sont les suivants: **1- La temporalité de la relation (historique de la relation)**, c'est-à-dire la «connotation temporelle de longue durée». La relation est ici considérée dans ses rapports avec le temps et elle renvoie «à l'ensemble du processus relationnel qui s'établit progressivement entre un [intervenant] et son patient [...], ce qui peut s'étendre sur quelques rencontres ou plusieurs années [...]» (Giroux, 2005, p. 119). Cette relation s'inscrit dans une dynamique évolutive qui comporte une progression temporelle c'est-à-dire, un commencement (où la première rencontre est considérée comme une amorce), un déroulement (où la relation s'intensifie au fil des rencontres, donnant ainsi la possibilité d'établir une certaine forme de proximité) et une fin: «Une relation évolue ainsi constamment dans le temps en fonction du nombre et de la fréquence des rencontres, mais aussi en fonction du passage du temps et du cycle de vie de chacun des intéressés» (Richard et Lussier, 2005b, p. 56). Nous souhaiterons obtenir des informations sur l'histoire de la relation, sur la durée et le temps de la relation, sur l'histoire des services et des soins; **2- La temporalité propre à chaque sujet**, laquelle se réfère à son histoire individuelle et est en lien avec des expériences relationnelles antérieures, heureuses ou malheureuses, des valeurs, des opinions, des représentations qui auront une influence sur ses relations ultérieures. On peut ainsi parler d'une forme virtuelle de la relation qui commence avant la rencontre puisque l'intervenant et le client, de par leurs multiples identités et leurs vécus, possèdent chacun une représentation de la rencontre qui aura lieu (McWhinney, 1989; Hanner et Witek, 1995; Richard et Lussier, 2005b). Ainsi, les perceptions des intervenants concernant leur travail auprès des personnes âgées, des familles, des personnes âgées

immigrantes, le type de relation qu'ils souhaitent établir, auront une influence sur la rencontre. Il en est de même pour les clients qui possèdent des références et des univers d'interprétation qui peuvent être différents puisque «ni l'un ni l'autre n'entre en relation "vierge" de toute idée, croyance, connaissance, représentation de l'aide qu'ils vont demander ou offrir» (Amiguet et Julier, 2003, p. 190).

2.3.4 La mise en intrigue de l'événement culturel

L'approche interculturelle s'intéressera à la culturalité, c'est-à-dire aux rapports fonctionnels qu'entretiennent la communication et la culture «non pas seulement au niveau du message mais de la relation à l'Autre» (Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996, p. 60), ce qui lui permettra d'exploiter, d'un point de vue pluridimensionnel, «le fonctionnement instrumental de la culture» (Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996, p. 123).

Le but d'une analyse interculturelle étant de travailler à partir de phénomènes culturels plutôt qu'à partir de caractéristiques attribuées ou auto-attribuées qui se servent de la culture pour justifier et expliquer des situations, le chercheur devra reconnaître que la variable culturelle intervient dans le problème qu'il étudie, sans toutefois savoir à priori sous quelles formes (Abdallah-Pretceille, 1999b, p. 18). Il devra en fait **mettre en intrigue l'événement culturel** et non pas simplement l'exposer (Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996, p. 123). L'objectif est de «repérer, voir, comprendre et mesurer les modalités et le sens attribué aux éléments culturels dans la communication» (Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996, p. 123) en faisant ressortir le caractère complexe, imprévisible et aléatoire des situations. Les notions de dynamiques, de bricolages, de manipulations, de stratégies, de problèmes, de dysfonctionnements, d'oppositions, de tensions, tout comme les notions de processus,

d'interactions, d'expériences subjectives et de réciprocité seront les principaux objets sur lesquels le chercheur portera son regard (Abdallah-Pretceille, 1999b, p. 56 et 63; Ouellet, 1994, p. 47-48).

Les lignes directrices qui devront être respectées pendant le processus de recherche et d'analyse sont les suivantes :

- Ce sont que la **mise en scène de la culture** (repérer et comprendre les éléments de culture qui surgissent pendant l'interaction) et les **conceptions que les acteurs se font de la culture** qui constituent les objets de la recherche (Clanet, 1994, p. 61. Voir aussi Abdallah-Pretceille, 1999b; Abdallah-Pretceille et Porcher, 1996);
- Repérer les notions de **singularité**, d'**universalité** et de **diversité** (hétérogénéité) dans le discours et les actions des individus afin de percevoir la dynamique dans laquelle elles s'inscrivent (Abdallah-Pretceille, 1999b);
- L'objectif du chercheur est de **s'interroger sur le contexte relationnel** plutôt que de s'appuyer sur une logique d'attribution qui se sert de la culture pour justifier et expliquer des situations. Il ne devra pas décrire les cultures mais plutôt **analyser les «usages sociaux et communicationnels de la culture»** (Abdallah-Pretceille, 1999b, p. 18 et 61);
- La **spécificité au niveau des contextes**, des **situations** et de la **particularité des actions professionnelles** devra être prise en compte (Camilleri et Cohen-Emerique, 1989, p. 15);
- Les **facteurs structurels** - économiques, sociaux, politiques, institutionnels et organisationnels - ayant une influence sur les conduites et les stratégies

individuelles ou groupales devront être considérées dans l'analyse (Clanet, 1994, p. 61).

Cette mise en intrigue de l'élément culturel nous amène à apporter une précision quant à nos questions de recherche initiales puisqu'elle entraîne une spécification de notre objet de recherche lequel devient : la mise en scène de la culture ainsi que les conceptions que les acteurs se font de la culture dans l'interaction professionnelle en soutien à domicile en contexte pluriethnique.

La figure qui suit présente nos référents interprétatifs de départ.

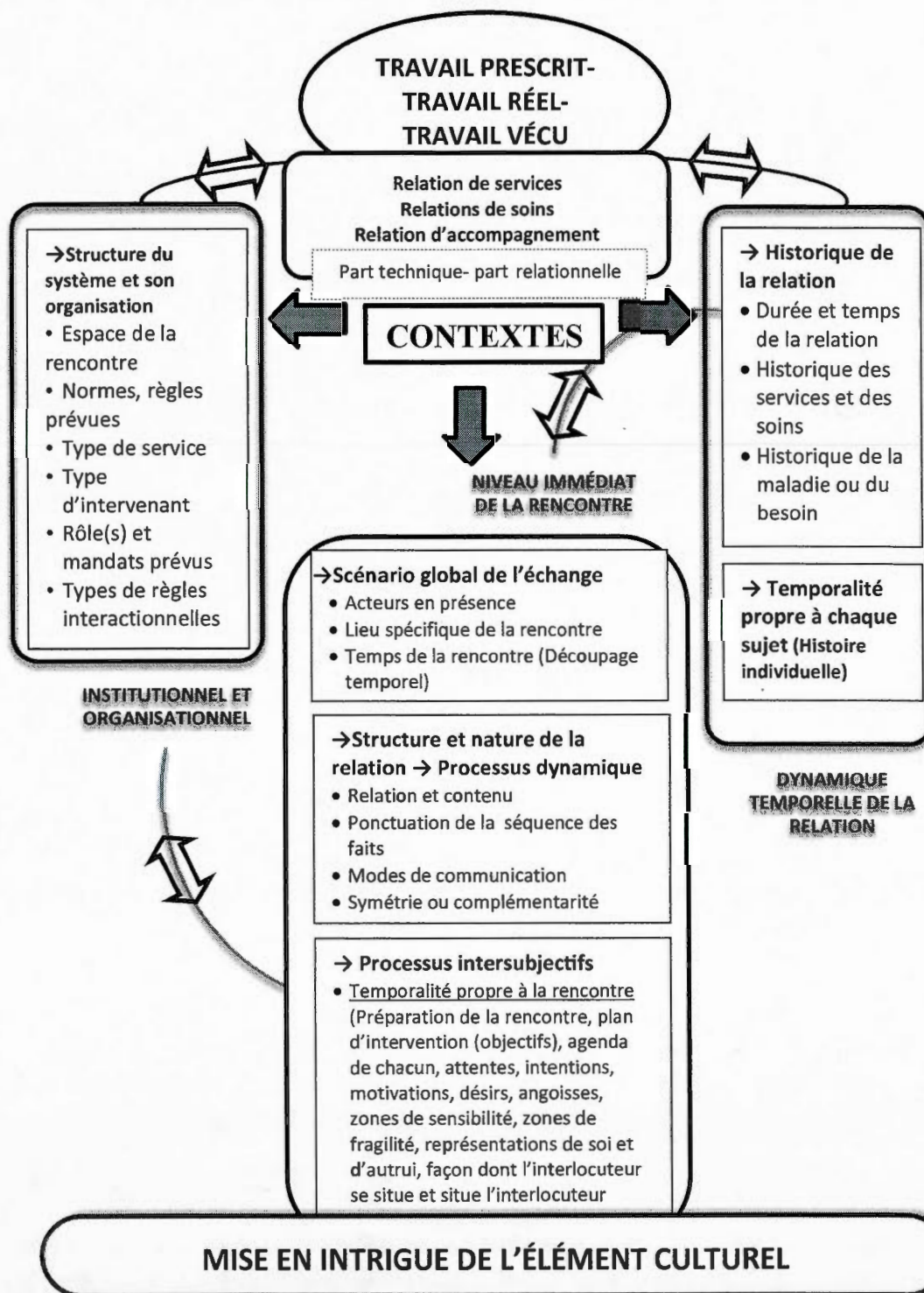


Figure 2.1 Référents interprétatifs de départ

Nous rappelons que la dimension microsociale de l'intervention demeurera au centre de notre intérêt puisque nous porterons notre attention sur des points précis de l'activité de travail (relation, communication, tâche prescrite – tâche réelle – tâche vécue) pour comprendre, d'un point de vue dynamique et (inter)subjectif, ce qui se passe entre un intervenant et une personne âgée immigrante lors d'un épisode de soin ou de service en soutien à domicile. Ces dimensions seront toujours étudiées en fonction des trois contextes que nous avons sélectionnés (institutionnel, niveau immédiat de la rencontre et dynamique temporelle de la relation). La mise en intrigue de l'événement culturel nous permettra de faire émerger la part de la culture ou des cultures dans l'intervention. Nous avons donc un objet multidimensionnel et avons adopté des regards pluriels (activité de travail, interaction, dimension subjective de l'interaction) ainsi que des logiques différentes pour cerner notre phénomène. Le prochain chapitre retracera les éléments de méthodologie que nous avons utilisés pour accéder à notre terrain.

CHAPITRE III

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

La seule chance pour le sujet de survivre en quelque façon dans ce contexte n'est-elle pas que l'action trouve enfin sa stabilité dans la cohérence d'une histoire racontée qui dit le «qui» de l'action?

- Paul Ricoeur -

Nous venons de voir que l'étude des interactions professionnelles en santé, telle que nous la concevons, se veut multiple et découle de différents niveaux. Nous avons adapté notre démarche de recherche en fonction de ce regard pluriel puisque nous tiendrons compte, dans l'approche de notre terrain, de l'univers de l'action (réalisation du travail en situation, interaction ponctuelle) et de l'univers des significations (vécu du travail, monde subjectif). La démarche ethnographique que nous avons adoptée nous a donné l'opportunité de mixer deux méthodes de cueillette de données, soit l'observation (description, analyse et décomposition des interactions *in situ*) et l'entretien (retour sur la situation d'interaction, vécu subjectif des acteurs). La stratégie d'analyse de nos données s'inspire, quant à elle, d'une double démarche d'analyse soit l'analyse écosystémique des relations et une analyse inspirée de la démarche en théorisation ancrée. Après avoir présenté les critères de rigueur scientifique, nous identifierons les opérations auxquelles ont été soumises les données. Nous terminerons ce chapitre en indiquant comment seront présentés les résultats.

3.1 PRÉMISSES DE DÉPART ET NIVEAUX D'ANALYSE

L'élaboration de notre cadre méthodologique repose sur les prises de position, sur les prémisses et sur les constats suivants :

- La majorité des études qui se sont penchées sur la dimension relationnelle en soutien à domicile ont scruté les relations qui s'établissent entre les aidants et les intervenants au niveau de la collaboration qui s'établit entre le réseau informel et formel. Les travaux qui se sont spécifiquement intéressés à la dimension relationnelle entre les professionnels et les bénéficiaires immigrants âgés pendant l'intervention à domicile ont, pour la plupart, utilisé des outils de collecte (questionnaires, entrevues individuelles, groupes de discussion) qui ont donné l'opportunité aux intervenants de «parler sur le faire», de «dire sur le parler» sans toutefois donner accès à la communication de travail en temps réel⁵⁹.
- Peu de travaux ont considéré l'aspect dynamique et interactif de ces relations en situation d'intervention⁶⁰. Pour cette raison, nous souhaitons avoir accès au terrain tel qu'il se présente dans la pratique quotidienne.

⁵⁹ Ces recherches ont néanmoins permis de faire ressortir les caractéristiques générales de l'intervention et du lien qui s'établit entre les parties. Elles ont mis en lumière des aspects importants de l'intervention à domicile tels: la complexité de certaines interventions, les relations interculturelles et les aléas qu'elles comportent, les difficultés de la rencontre triadique; les difficultés de communication avec la personne âgée dépendante; les particularités reliées à la spécificité du lieu d'intervention; l'ambiguïté de la relation; l'espace de reconnaissance que représente, pour l'intervenant, le lien qui s'établit avec la personne âgée.

⁶⁰ Il existe très peu d'études qui ont utilisé l'observation directe pour analyser des interventions en soutien à domicile. En voici trois: Meintel, Cognet et Lenoir-Achdjian (1999); Tremblay, Brouillet, Rhéaume et *al.* (2006); Vercauteren et Babin (1998).

- Nous souhaitons, pour cette thèse, que la communication soit à la fois un objet d'étude (interaction), un champ d'analyse (pragmatique de la communication) et un instrument de travail (entrevues, groupes de discussion).

La prise de position épistémologique que nous adoptons concernant notre vision de la connaissance et ses conditions d'élaboration s'inscrivent dans le «constructivisme scientifique⁶¹», lequel s'écarte des courants positivistes puisqu'elle stipule que la connaissance n'est pas une donnée prédéterminée, mais plutôt une construction où la «vérité» ne peut être perçue et analysée que par des acteurs en situation : «elle est d'abord "sens commun" pour un groupe, puis elle est ensuite une construction scientifique pour des chercheurs qui veulent en rendre compte» (Mucchielli et Noy, 2005, p. 23).

Notre but étant de prendre en compte la complexité des situations réelles des activités de communication au travail ainsi que la part relationnelle dans le travail, nous avons choisi, pour le traitement de notre thème, d'utiliser deux univers de connaissance. Le premier étant lié à **l'univers de l'action**, voire à l'aspect ponctuel et dynamique de l'interaction, le deuxième étant lié à **l'univers des significations**, voire au sens que les acteurs attribuent à leurs actions, à leur pratique, à leurs connaissances, à leurs expériences. Nous articulerons bien sûr ces niveaux, lesquels auront engendré l'utilisation d'approches méthodologiques complémentaires.

Afin de circonscrire les phénomènes à l'étude, nous allons concilier deux exigences théoriques qui sous-tendent la prise en compte d'un rapport entre action et signification : La première est de **nature observationnelle** (niveau de l'interaction) et implique une objectivation des comportements. L'intérêt portera alors sur l'analyse

⁶¹ Une certaine confusion terminologique a vu le jour entre les termes «constructivisme» et «constructionnisme» (constructivisme empirique des acteurs).

de la situation de communication directe, sur les processus observables, sur les structures de la relation et de la communication, sur les activités d'interprétation internes à l'action, et ce, telles qu'elles se manifestent dans les paroles et les conduites. La deuxième exigence théorique est de **nature interprétative** («niveau subjectif du processus de communication⁶²») et s'intéresse au sens et aux interprétations que les acteurs donnent aux événements, aux situations et à leurs actions. Accorder un intérêt à l'univers de significations, annonce que nous porterons un regard, via le témoignage des acteurs, sur leur cheminement, sur leur pratique, sur le sens qu'ils attribuent à leurs actions, sur leurs motivations, sur leurs expériences, sur leurs connaissances expérientielles, sur leur parler sur le travail ou sur les services, sur leurs représentations d'eux-mêmes et des autres avec qui ils entrent en contact, sur leur perception de l'ethnicité, sur leur conception de l'intervention en contexte pluriethnique. Nous accorderons ainsi un espace à leurs perceptions tout en laissant émerger, dans leur discours, les références au social qu'ils utiliseront pour donner du sens à leurs actions.

La figure qui suit présente les deux niveaux d'analyse situés dans un positionnement écosystémique et compréhensif.

⁶² Expression empruntée à Mattelart et Mattelart (2002), p. 77.

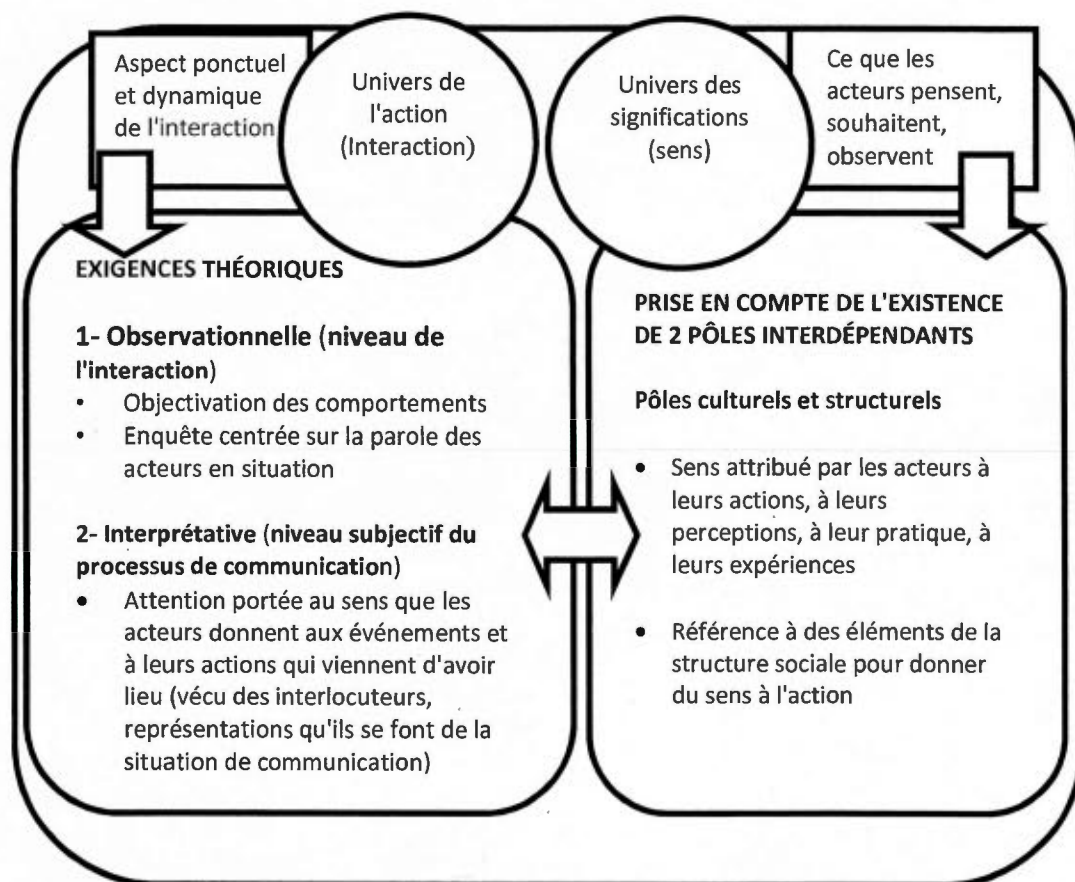


Figure 3.1 Les deux niveaux d'analyse dans un positionnement écosystémique et compréhensif

3.2 DIMENSIONS DE RECHERCHE À L'ÉTUDE

Nous rappelons que cette recherche porte sur une approche communicationnelle de l'intervention en soutien à domicile auprès des personnes âgées en contexte pluriethnique.

Cette thématique sera abordée sous trois angles dans le but de décrire et de comprendre :

- Les **pratiques quotidiennes** en soutien à domicile auprès des personnes âgées;
- Le travail en soutien à domicile en contexte pluriethnique, en mettant l'accent sur la **dimension relationnelle et communicationnelle**;
- L'**effet de la culture et de l'ethnicité** dans le travail en soutien à domicile.

La démarche de recherche que nous avons élaborée nous a permis d'articuler trois niveaux :

- Le **niveau de l'interaction et de la dynamique relationnelle** entre les acteurs;
- Le **niveau du sujet, de ses motivations, de ses fonctionnements cognitifs et affectifs**;
- Le **niveau du contexte social incluant l'institution, l'organisation, les normes, les rôles et d'autres facteurs d'ordre structurel**.

La démarche méthodologique que nous avons élaborée relève directement de ces niveaux puisqu'elle repose sur des observations empiriques de situations «naturelles» quotidiennes; sur l'enregistrement audio de séquences de communication et sur une démarche de type compréhensif qui nous permettra d'explorer la subjectivité et l'intersubjectivité des sujets communiquant à partir de leur propre point de vue (Marc, 2005a, p. 35). A l'instar de Mario Paquet (2005), nous sommes convaincus que : «Pour décrire cette complexité, il faut l'observer au cœur de son action et

l'enraciner concrètement dans l'expérience subjective de ceux et de celles qui, quotidiennement, en sont les témoins engagés» (p. 84).

Nous avons un triple objectif au plan méthodologique, lequel représente l'une des originalités de cette thèse:

- Faire une analyse des interactions lors de l'intervention via des observations *in vivo*;
- Faire un retour avec les sujets-acteurs sur la situation de communication qui a eu lieu lors de l'intervention;
- Questionner les sujets, dans une perspective plus large, sur leurs perceptions et leurs représentations de leur travail en soutien à domicile auprès des personnes âgées en contexte pluriethnique.

3.3 LA DÉMARCHE ETHNOGRAPHIQUE

Bien que possédant diverses appellations - «démarche ethnographique en science de la communication» (Winkin), «anthropologie de la communication» (Hymes) ou «ethnographie communicationnelle» (Derèze), «approche ethnographique» (Laplantine) – ces démarches méthodologiques, principalement inspirées de l'École de Chicago, ont en commun un ancrage ethnographique⁶³ en raison de leur

⁶³ L'ethnographie sera parfois considérée comme une tradition de recherche (Jacob, 1987, 1988), parfois comme une stratégie de recherche (Denzin et Lincoln, 2005), parfois comme une méthode (Flick, 2002), ce qui entraîne des imprécisions au niveau conceptuel. Cette confusion relève notamment de l'inconsistance des définitions relatives aux termes d'approches, de stratégies, de méthodes et d'instruments, lesquelles varient d'un ouvrage de

«attachement irréductible à l'enquête de terrain» (Derèze, 2009, p. 21) lequel passe par «une approche concrète du social ou du communicationnel» (Derèze, 2009, p. 13). Ces démarches s'inscrivent dans une approche empirique, laquelle sous-tend un recours à l'expérience, une rencontre concrète avec les acteurs et une volonté de rendre compte de la complexité des situations. On y retrouve aussi la nécessaire complémentarité des visées descriptives et interprétatives ainsi que la transversalité disciplinaire, voire l'utilisation de travaux d'auteurs provenant de champs différents (Derèze, 2009, p. 21 et 31). L'observation directe et l'entretien sont les méthodes de collecte privilégiées par ces démarches empiriques (Anadón, 2006).

Le chercheur qui adhère à ce type de démarche s'inscrit dans une posture dynamique de recherche puisqu'il suppose, d'entrée de jeu, que le déroulement et la réussite de son enquête de terrain reposent «sur des ajustements personnels aux circonstances» (Hoggart, 1991, p. 10 dans Derèze, 2009, p. 12). Une nécessaire adaptabilité au terrain et un contrôle systématique de ses instruments d'investigation font, à cet effet, partie des qualités indispensables de toute recherche empirique puisqu'elles justifient son sens ainsi que son utilité à la fois sociale et scientifique :

Une démarche empirique qui, par fidélité aveugle et absolue à un modèle ou à des prescriptions méthodologiques intangibles, s'opposerait à cette caractéristique fondamentale de nécessaire adaptabilité se couperait des possibilités d'investigation, tarirait et rendrait caduque et vide le sens de la démarche empirique elle-même. Les méthodes sont indispensables, cruciales et fondamentales car elles permettent au travail de recherche de se faire de façon réfléchie et concrète, adaptée et contrôlée, contrôlable et discutable (par les autres chercheurs par exemple) (Derèze, 2009, p. 14).

référence à l'autre et gagneraient à être uniformisées (Royer, 2007). Nous emploierons le terme «démarche ethnographique» puisque les stratégies que nous avons utilisées pour accéder à notre terrain découlent de ce mode d'approche.

Ajoutons qu'en nous inscrivant dans le constructivisme scientifique, il nous apparaissait essentiel de satisfaire au «principe de récursivité de la connaissance», lequel tend à privilégier des méthodologies itératives et modulables ce qui «semble exclure toutes les méthodologies "fermées", c'est-à-dire incapables de souplesse, et d'un minimum d'adaptabilité aux résultats qui sont progressivement construits [...]» (Mucchielli, 2005a, p. 25).

Une adaptabilité au terrain demande donc un ajustement constant des stratégies de recherche qui comporte ses exigences. Afin de rendre crédible sa démarche, le chercheur doit insister sur la présentation de cette dernière. Il se doit «d'explicitier le plus clairement possible les moyens qu'il a utilisés pour produire des connaissances» (Battaglini, 2004, p. 113) dans le but, d'une part, de montrer le processus itératif qui a mené à une construction progressive de son objet d'étude et dans le but, d'autre part, de montrer que ses découvertes se sont construites de façon progressive légitimant ainsi le fait que celles-ci ont eu des répercussions sur ses instruments de recherche (Mucchielli, 2005a, p. 25).

Avant d'explicitier notre démarche de terrain, il nous semblait pertinent de mentionner les lieux ainsi que les sujets qui ont été sélectionnés pour mener notre recherche.

3.4 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLONNAGE

Dans toute recherche, l'échantillonnage se révèle d'une grande importance puisque ce sont les particularités de ce dernier qui vont «guider, colorer, encadrer le processus d'interprétation des résultats de la recherche et ce, autant en puissance explicative qu'en richesse et en crédibilité» (Savoie-Zajc, 2007, p. 100-101). Nous inscrivant dans une étude qualitative, nous ne cherchions pas à assurer une représentation

statistique de notre phénomène, mais visions plutôt à faire appel, comme le souligne Pirès (1997), à «une petite quantité de quelque chose pour éclairer certains aspects du problème» (p. 122). La question de la construction d'un échantillonnage⁶⁴ scientifiquement valide en recherche qualitative et interprétative repose sur certaines caractéristiques générales auxquelles nous avons adhéré et qui ont notamment été relevées par Cresswell, 1998; LeCompte et Preissle, 1993; Glaser et Strauss, 1967; Pirès, 1997; Schwandt, 1997; Savoie-Zajc, 2007. Ces caractéristiques pourraient se résumer ainsi : «un échantillonnage scientifiquement valide est intentionnel, il est pertinent par rapport à l'objet et aux questions de la recherche, il est balisé théoriquement et conceptuellement, il est accessible et il répond aux balises éthiques qui encadrent la recherche» (Savoie-Zajc, 2007, p. 100). Nous avons, pour notre part, opéré la validité de notre échantillon à partir des critères de contextualisation relatifs à notre question de recherche, de notre cadrage théorique et conceptuel et à partir d'une description détaillée des procédures reliées à notre collecte de données (Derèze, 2009, p. 111-112). Nous avons aussi tenu compte de l'importance «d'évaluer dans quelle mesure la sélection des sujets enquêtés influence les observations et les conclusions de l'étude» (Lavoie, Guberman, Battaglini et *al.*, 2006, p. 9)⁶⁵.

Nous avons choisi l'échantillonnage «intra-site» – ou «intra-cas» –, tel que présenté par Miles et Huberman (2003), lequel est fréquemment utilisé dans les études exploratoires puisqu'il permet une démarche relativement flexible (p. 63). Ce type d'échantillonnage, qui permet de comprendre en profondeur une configuration locale, suggère, pour délimiter le terrain d'investigation, d'opérer des paramètres d'échantillonnage assez larges qui sont fixés par le cadre conceptuel et les questions de recherche. Ainsi, pour délimiter son univers, le chercheur mentionnera les

⁶⁴ Lequel peut être vu comme «l'ensemble des décisions sous-jacentes au choix de l'échantillon» (Savoie-Zajc, 2007, p. 101).

⁶⁵ Nous reviendrons sur ce point dans la conclusion.

contextes qui l'intéressent, le type d'activités qu'il veut observer, les processus qu'il souhaite relever, les groupes ou les individus qu'il compte étudier. Puisque notre objectif était de refléter la réalité de la pratique des intervenants du soutien à domicile œuvrant dans des quartiers pluriethniques, nous avons décidé d'observer des rencontres impliquant des intervenants en santé et en services sociaux appartenant à différentes professions et des personnes âgées provenant de diverses origines ethnoculturelles, ayant immigré depuis plusieurs années ou depuis peu. Miles et Huberman (2003, p. 64) proposent les paramètres suivants pour fixer les balises de ce type d'échantillonnage. Nous y avons ajouté les choix que nous avons faits dans le cadre de cette recherche :

Tableau 3.1
Paramètres sélectionnés pour l'échantillonnage

PARAMÈTRES	CHOIX
MILIEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Services publics/Soutien à domicile en contexte pluriethnique
ACTEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenants du soutien à domicile, • Clientèle âgée immigrante, • Possibilité de la présence d'un tiers.
ÉVÉNEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention
PROCESSUS	<ul style="list-style-type: none"> • Interaction, relation, communication dans l'activité de travail • Processus intersubjectifs/subjectifs relatifs à l'activité de travail

3.4.1 Le territoire de notre recherche

Puisque nous avons accordé une place importante aux savoirs des intervenants, nous avons choisi de réaliser notre enquête de terrain dans un des quartiers les plus

multiethniques de Montréal. Ce choix délibéré nous a ainsi donné accès aux connaissances et aux expériences d'intervenants qui travaillent quotidiennement auprès d'une clientèle âgée provenant de diverses origines.

Le CSSS de la Montagne, qui dessert une population de 210 000 personnes, fut notre porte d'entrée principale⁶⁶. Il est entre autres composé du CLSC de Côte-des-Neiges, du CLSC Métro et du CLSC Parc-Extension, trois sites qui offrent des services de soutien à domicile aux aînés en perte d'autonomie. 14,5 % de la population est âgée de 65 ans et plus (CDN=15,1%, Métro=16,3%, Parc-Extension=12,1%). Le territoire qu'il dessert est le plus cosmopolite de Montréal et il représente une véritable mosaïque puisque la clientèle desservie est originaire de plus de 150 pays différents. Entre 2006 et 2011, le taux d'accroissement des personnes âgées de 65 ans et plus a été de 10,5%. A l'heure actuelle, 17,9% des aînés ont 85 ans et plus (CSSS de la Montagne, 2006, p. 9). 58.4% des personnes âgées de 65 ans et plus sont des immigrants (Parc-Extension=84,5%, CDN= 54% et Métro=36,9%⁶⁷). Plus du tiers de ces personnes (39,1%) possède une langue maternelle autre que le français ou l'anglais et parmi celles-ci, on estime à 6,3 le pourcentage qui ne comprend ni ne peut communiquer dans l'une de ces deux langues.

Le CSSS reconnaît que cette réalité représente des défis majeurs au niveau de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité de ses services, tout comme elle influe sur les façons d'intervenir puisque : «Les stratégies de communication et la manière de dispenser les services aux personnes âgées doivent être envisagées en fonction de la diversité linguistique et culturelle» (CSSS de la Montagne, 2006, p. 9). Outre le

⁶⁶ Nous avons soumis notre projet à un autre CSSS qui dessert lui aussi une population provenant de diverses origines ethnoculturelles. Bien qu'accepté par le comité éthique de l'établissement, le programme de soutien à domicile n'a pu consentir à notre demande en raison du manque de disponibilité des intervenants.

⁶⁷ Un seuil sera atteint pour Métro et un fort taux d'accroissement est prévu pour le secteur de Parc-Extension, surtout pour les 85 ans et plus (taux d'accroissement de 33,5%).

caractère pluriethnique ou multiculturel de sa population et sa proportion importante de personnes âgées, ce territoire se caractérise par une multitude de contrastes telle une grande variabilité des conditions socioéconomiques des résidents. Le CSSS de la Montagne regroupe en effet des secteurs où richesse et grande pauvreté se côtoient (CSSS de la Montagne, 2006, p. 8).

Ce territoire est particulièrement intéressant pour notre thèse puisque :

[...] les partenaires du réseau des établissements de Montréal membres de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) considèrent que la réalité du CSSS de la Montagne est le reflet du travail qui se fait dans les établissements de Montréal avec les personnes immigrantes (CSSS de la Montagne, 2007, p. 1).

3.4.2 Populations à l'étude

3.4.2.1 Les intervenants

Il nous aurait été possible de cibler une catégorie d'intervenants en particulier, mais nous avons choisi d'ouvrir notre recherche à tous les types de professionnels et de travailleurs en santé et en service social qui œuvrent en soutien à domicile dans le but de souligner que les soins à domicile, comparativement au travail en institutions, «ont des frontières moins précises quand vient le temps de définir la spécificité du champ d'intervention de chaque type d'intervenant» (Saillant, Hagan et Boucher-Dancause, 1994, p. 124). Cette variabilité nous donnera de plus accès aux points communs et aux différences au niveau des objectifs, des logiques, des visions des pratiques et des intérêts en fonction du type d'intervenant.

Nous avons tenté de satisfaire au critère «d'exigence de variation des positions» tel que soumis par Daniel Bertaux (1997, p. 22-26), afin d'avoir accès à une multiplicité de points de vue. Dans cette optique, nous avons rencontré différents types d'intervenants, hommes et femmes, possédant des statuts professionnels divers, des âges variés, des appartenances ethnoculturelles diverses et des expériences de travail variables au niveau des années de pratique et des sites de pratique. Tous les intervenants et les professionnels de la santé et des services sociaux qui font partie des équipes du PPALV – médecins, infirmiers(ères), ergothérapeutes, physiothérapeutes, diététistes, auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS), travailleurs(euses) sociaux(ales), psychologues – dans les trois CLSC du CSSS de la Montagne ont été invités à participer à notre étude.

3.4.2.2 Les personnes âgées immigrantes en perte d'autonomie

Bien que la personne en perte d'autonomie qui vit dans son milieu de vie soit le centre d'intérêt des travaux qui portent sur le soutien à domicile, peu d'entre eux tiennent compte qu'elle est un acteur participant aux décisions qui affectent l'aide et les soins qu'elle reçoit (Vézina et Tardif, 1994). Nous avons tenté, dans le cadre de cette étude, de combler cette lacune en donnant aux personnes âgées une position d'acteur (lors de nos observations) et une position de sujet puisque nous leur avons donné, lorsque c'était possible, un espace de parole suite aux interventions que nous avons observées.

Afin de nous éloigner de la vision culturaliste, nous avons choisi, plutôt que de cibler un groupe ethnique ou culturel particulier, d'ouvrir notre terrain à la population

immigrante âgée dans son ensemble⁶⁸. Nous avons décidé d'analyser des rencontres impliquant des clients immigrants provenant de diverses origines dans le but de refléter la réalité de la pratique des intervenants du soutien à domicile œuvrant au sein de quartiers pluriethniques. Le facteur migratoire étant un des critères de sélection principal, cela sous-tend que nous avons fait une distinction entre les personnes âgées natives du Québec et les personnes âgées qui ne sont pas nées en sol québécois ou canadien. Battaglini et Gravel (2000a) soulignent l'aspect délicat d'une telle différenciation :

En utilisant ces variables culturelles uniquement pour les groupes ethniques minoritaires, nous agissons comme si la référence à la culture ne concernait qu'eux. Les groupes majoritaires étant alors perçus comme des communautés non-culturelles. Malgré de bonnes intentions cette démarche génère son lot d'effets pervers. Insidieusement, elle mène à des inégalités, car groupes minoritaires et majoritaires ne sont pas abordés sur les mêmes bases, les uns étant culturels, les autres représentant une certaine norme (p. 103).

Ce commentaire nous amène à préciser que notre volonté de nous pencher sur la population migrante âgée relève de notre intention de faire ressortir le point commun situationnel qui est celui de l'expérience migratoire⁶⁹:

⁶⁸ Dépendamment de la problématique, ou du problème de recherche, il arrive cependant qu'il soit préférable de cibler un groupe ethnique en particulier, par exemple, lorsque des données épidémiologiques justifient une intervention auprès d'une communauté en particulier (Battaglini et Gravel, 2000, p. 103).

⁶⁹ Nous souhaitons ajouter que pour contrer cette distinction migrant-non migrant, nous avons pris soin, lors de nos entretiens individuels et de groupe, d'accorder une place importante aux propos des intervenants concernant leur travail auprès de la clientèle âgée en général, ce qui nous aura permis de faire ressortir les points communs et les différences entre migrants et non migrants. Nous réitérons de plus notre positionnement interculturel qui conçoit que toute rencontre entre un intervenant et un client se veut être une rencontre interculturelle.

Lorsqu'on cible une catégorie populationnelle [une population immigrante en l'occurrence], il est plus approprié de parler d'approche pluriethnique basée sur les circonstances migratoires, ce qui, par ailleurs, correspond bien à la réalité sociale de plusieurs quartiers de la région métropolitaine. Il ne faut pas oublier toutefois qu'il ne s'agit pas, dans la réalité, de catégories mutuellement exclusives, des personnes immigrantes étant intégrées à des groupes ethniques et vice-versa (Battaglini et Gravel, 2000, p. 101).

Dans cette optique, le choix d'avoir ciblé les personnes âgées immigrantes est justifié par notre question de recherche ainsi que par les études qui montrent que la clientèle issue de l'immigration transforme les activités de travail des intervenants. Nous nous inscrivons de ce fait dans les préoccupations de McAll, Tremblay et LeGoff (1997) qui affirment que: «le processus d'immigration et le statut social d'immigré constituent des caractéristiques générales communes dont il est important de comprendre la signification et la portée» (p.14).

Nos critères de sélection pour la clientèle se voulaient assez larges. Nous avons ciblé des personnes âgées, hommes ou femmes, ayant 65 ans ou plus qui reçoivent des services de soutien à domicile reliés à une perte d'autonomie liée au vieillissement et qui ont en commun d'avoir immigré au Québec à un moment de leur vie. Afin de représenter la réalité du travail en soutien à domicile, nous n'avons pas tenu compte, dans l'élaboration de notre échantillon, de la raison de la visite, des langues parlées, de la nature de la détérioration de l'état de santé physique, mental ou cognitif de la personne, du fait qu'elle vive seul ou non. Nous voulions observer des rencontres mettant en scène des clients possédant des origines diverses; des langues maternelles et d'usage diverses; des religions diverses; des histoires (personnelles, migratoires) diverses et des habitudes de vie multiples (Battaglini et Gravel, 2000, p. 102). Nous tenons à mentionner que nous avons tenu compte, pour chacune des personnes âgées rencontrées, de leur catégorie d'admission (réunification familiale, réfugié, affaires),

de leur statut actuel, de l'âge lors de la migration, de la durée de séjour, de la période d'immigration et de l'expérience migratoire (si nécessaire).

3.4.2.3 La tierce personne

Nous avons mentionné, dans l'élaboration de notre problématique, toute l'importance que prend le réseau informel de la personne âgée en perte d'autonomie. La présence fréquente d'une tierce personne pendant la rencontre, relevée par la littérature, nous a poussés à inclure celle-ci dans notre échantillonnage, même si notre intérêt principal repose sur l'interaction intervenant-client. Ajoutons que faisant partie du «système-client», elle est considérée comme un acteur fondamental du soutien à domicile et que, de par sa présence, elle participe à la dynamique interactionnelle et a une influence certaine sur la relation intervenant-client. Faire abstraction de cette tierce personne nous aurait d'ailleurs menée à évacuer une dimension très caractéristique de la rencontre à domicile auprès de personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie. Seront considérées comme «tierce personne» les individus présents pendant l'intervention.

Tableau 3.2
Définition de la population

INTERVENANTS	<ul style="list-style-type: none"> • En santé et en service social travaillant dans des équipes de soutien à domicile au CSSS de la Montagne; • Infirmières, travailleurs sociaux, auxiliaires en santé et en services sociaux (ASSS), diététiste, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, médecins.
CLIENTS	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées de 65 ans ou plus, homme ou femme; • Recevant des services de soutien à domicile en raison d'une perte d'autonomie liée au vieillissement; • Ayant immigré au Québec.
TIERCE PERSONNE	Conjoint(e), enfant, membre de la famille, voisin qui procure de l'assistance, de l'aide et des soins à la personne âgée en perte d'autonomie.

3.5 LES INSTRUMENTS D'INVESTIGATION

Nous avons, dès l'esquisse de notre projet de recherche, choisi d'élaborer un protocole de recherche multidimensionnel puisque nous souhaitions faire appel à une multiméthode pour obtenir nos informations. Nous avons utilisé différents modes d'approches qui sont à la fois liés au processus itératif de la recherche, à l'évolution de nos découvertes et à une adaptation progressive à la réalité du terrain. Nous avons eu recours à des outils de collecte complémentaires lesquels ont permis de croiser les différents points de vue soit : des observations-participantes, des entrevues post-intervention avec les acteurs ayant participé à l'interaction, des entrevues individuelles et des entretiens de groupes mettant en scène des intervenants du soutien à domicile.

3.5.1 Premier outil de collecte : L'observation en situation

Avoir accès à l'interaction de travail, - c'est-à-dire à la situation directe de communication telle qu'elle se vit au quotidien - nous semblait être un des meilleurs moyens pour comprendre l'interaction professionnelle en soutien à domicile auprès de personnes âgées immigrantes.

Chère à l'anthropologie ainsi qu'aux courants sociologiques qui se sont inspirés de l'École de Chicago (Park; Hugues; Whyte), des théories interactionnistes (Goffman) et de l'ethnométhodologie (Garfinkel; Cicourel; Laplantine), l'observation en situation (ou *in situ*) se présente comme l'outil de cueillette de données qualitatives le mieux adapté pour le chercheur qui souhaite décrire et comprendre les dynamiques interactionnelles ainsi que les processus sociaux et communicationnels qui découlent d'une situation d'interaction précise. Considérée comme un outil précieux pour les démarches empiriques (Martineau, 2005), elle est une méthode d'investigation riche «qui favorise, par sa dimension expérientielle et sa nécessaire prise en compte du contexte, une appréhension spécifique des fragments de vie sociale et communicationnelle qui sont étudiés» (Derèze, 2009, p. 84).

Il existe un grand nombre de définitions de l'observation en situation. Bien que celles-ci varient d'un auteur à l'autre, on peut remarquer certaines constantes dans leurs préoccupations, notamment en ce qui concerne le rapport observateur-observé lequel peut varier «entre distance et familiarité, entre implication et objectivation, entre participation et retrait, entre valorisation de la ressemblance ou de l'altérité» (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 48). Même s'il choisit d'adopter une posture d'«engagement périphérique» (Derèze, 2009, p. 85), c'est-à-dire qu'il choisit d'être un observateur extérieur ou en marge (Pourchez, 2008, p. 7), il ne peut être considéré comme un personnage neutre puisque sa présence a une influence certaine sur

l'interaction qui se déroule et qu'il observe⁷⁰. Toute démarche *in situ* se trouve transformée par la présence du chercheur et par son intention de recherche puisqu'elle : «[...] modifie les situations, les interactions, les relations que nous souhaitons étudier et qui ne nous sont accessibles que par cette présence» (Canut-Hobe, 2004, p. 11).

3.5.1.1 L'observation appliquée à notre terrain

Nous avons aussi élaboré une grille d'observation ouverte très simplifiée, découlant de nos référents interprétatifs de départ, qui nous a servie de repères pour nos observations. Une fois l'observation terminée, nous remplissions, lorsque nous étions à l'extérieur du domicile, une grille d'observation ouverte plus détaillée. Nous avons aussi, et surtout, tenu un journal de bord, lequel nous a permis de noter nos observations suite aux rencontres, d'inscrire nos pistes de réflexions et de moduler notre terrain en fonction des découvertes qui se révélaient suite à nos premières analyses. Les observations ont été enregistrées sur support audio, ce qui nous aura donné l'opportunité de transcrire les échanges pour fins d'analyse.

La position d'observatrice en retrait que nous avons choisie d'adopter s'est rapidement révélée inappropriée en raison de circonstances qui se sont présentées lors de certaines observations. La convivialité de certains clients, la prise en compte de notre présence pendant l'intervention faisaient en sorte qu'ils s'adressaient directement à nous et nous impliquaient dans l'interaction, malgré notre volonté de départ. Nous sommes, dans certaines occasions, devenus «participante interagente»,

⁷⁰ Les notions d'observation participante ou de participation observante ont d'ailleurs fait l'objet de nombreuses discussions qui pousseront certains auteurs à affirmer que «l'observation est toujours participante, la participation est toujours observante» (Préface d'Yves Winkin dans Derèze, 2009, p. 9).

ce qui eut pour effet de modifier notre posture de départ. Il nous fallut en venir au constat que le soutien à domicile était un contexte particulier qui nous demandait parfois de mettre de côté notre rôle de chercheure pour nous insérer dans l'expérience humaine qui se présentait à nous. Bien qu'ayant parfois l'impression de sortir du cadre de notre recherche, c'est-à-dire du rôle d'observatrice que nous devions occuper, cette position d'interactant, voire cette implication subjective qui devenait nécessaire dans les circonstances, n'a jamais fait en sorte que nous ayons l'impression d'être un membre du groupe puisque nous avons clairement établi qui nous étions et quel était notre but. Cette implication «spontanée» ainsi que les discussions à tendance plus informelles que nous avons eues avec les acteurs-sujets se sont révélées être d'un grand intérêt analytique puisque les informations que nous avons obtenues lors de ces moments nous ont permis de mieux cerner la dimension relationnelle en soutien à domicile.

3.5.2 Deuxième outil de collecte : Les entretiens

Notre volonté de faire un retour sur l'intervention avec les acteurs qui étaient présents ainsi que notre souhait d'avoir accès à leur connaissance expérientielle et à l'interprétation du sens qu'ils donnent aux situations ainsi qu'à leurs actions sont deux objectifs dérivés de l'approche compréhensive qui nous auront donné l'occasion, au plan méthodologique, d'avoir une seconde entrée au niveau des outils de collecte utilisés. L'entretien est particulièrement intéressant :

[...] pour aborder [ou combiner] des questions liées aux sens que les acteurs attribuent aux événements ou à leurs actions; aux événements eux-mêmes; aux représentations; aux valeurs ou (dans une perspective plus descriptive) aux pratiques [...] Ces différentes dimensions sont combinables dans un même entretien» (Derèze, p. 106-107).

Utilisés comme un instrument complémentaire (utilisation parallèle et corrélative), ils nous ont permis d'enrichir la compréhension des données, tout comme ils ont contribué à une meilleure compréhension de notre phénomène (Blanchet et Gotman, 1992, p. 43). L'utilisation de cet instrument d'investigation nous a aussi donné l'opportunité de dépasser «la dimension strictement opératoire de la communication» pour nous centrer sur les «aspects symboliques et psychologiques» (Marc, 2005a, p. 35) de l'interaction afin d'explorer plus en détail la subjectivité (vécu subjectif des relations) et l'intersubjectivité des sujets communiquant.

Nous avons choisi d'utiliser **l'entretien semi-directif** (entrevue semi-dirigée) (Michelat, 1975) pour mener nos entrevues, lequel correspond à la démarche telle que décrite par Kaufmann (2007) lorsqu'il dépeint l'entretien compréhensif. L'entretien semi-directif sous-tend que le chercheur établit un guide d'entretien qui regroupe la liste des thèmes et/ou des questions qu'il souhaite aborder avec les personnes qu'il interroge. Il se déroule sous la forme d'une conversation dans laquelle le rythme doit être le plus naturel possible, c'est pourquoi il demeure primordial pour le chercheur de laisser une latitude à la personne qu'il interroge dans le but de la laisser traiter, de façon spontanée, de thèmes qu'il n'a pas ou pas encore abordés (Michelat, 1975).

Modulées au cours de la recherche, ces entrevues ont pris plusieurs formes. Nous les avons utilisées à trois moments de notre recherche :

- 1- Nous avons procédé à des **entretiens individuels post-intervention** avec les acteurs ayant pris part à l'interaction observée;
- 2- Nous avons, pour nous adapter au terrain, organisé des **entrevues individuelles avec des intervenants du soutien à domicile**;

- 3- Nous avons organisé des **entretiens de groupes** incluant différents professionnels et intervenants en soutien à domicile.

Pour l'élaboration de nos schémas d'entrevue, nous avons élaboré des grilles de questions ouvertes qui, bien que liées à nos questions de recherche et à nos référents interprétatifs de départ, demeuraient larges et souples pour permettre aux informations d'émerger des informateurs eux-mêmes, sans que ceux-ci ne se sentent trop contraints par nos interrogations. Nous avons aussi, tout au long de notre processus de collecte, procédé à des ajustements qui ont permis de faire évoluer nos questions et de raffiner le contenu des thèmes et des sous-thèmes abordés lors des premières entrevues. Cette souplesse nous aura aussi donné l'occasion d'opérer une validation des informations qui émergeaient de nos premières analyses (Blanchet et Gotman, 1992, p. 46). Les entrevues ont été consignées sur support audio et retranscrites intégralement pour fins d'analyse.

3.5.2.1 Les entretiens post-intervention

Nous avons, suite à nos observations, procédé à des entrevues de courte durée, avec les bénéficiaires et, s'il y avait lieu, avec les tierces personnes. Ces entrevues semi-dirigées ont porté sur deux dimensions et étaient divisées en deux temps. Nous avons, dans un premier temps fait un retour sur l'intervention qui venait d'avoir lieu. Nous avons aussi interrogé les clients (et les tierces personnes) afin de connaître les besoins, les attentes et l'agenda de chacun, les conceptions de leur rôle ainsi que celui des autres personnes impliquées dans l'interaction. Nous avons de plus obtenu des informations concernant l'histoire de la relation et le type de rapports établis avec l'intervenant au fil du temps. Dans un deuxième temps, nous avons questionné les sujets, de façon plus large, afin de connaître leur perception concernant le soutien à

domicile, les soins apportés et les rapports entretenus avec d'autres intervenants de la santé et des services sociaux en lien – ou non – avec le soutien à domicile. Ces entretiens duraient en moyenne 20 minutes.

Nous avons procédé à des entrevues post-intervention de plus longue durée avec les intervenants qui avaient participé à l'interaction. Il nous apparaissait fondamental de nous arrêter plus longuement sur les intervenants ainsi que sur leurs pratiques puisque nous considérons, à l'instar de Cognet et Verghnes (2001) que:

Si la connaissance de la clientèle est un élément indispensable pour adapter, améliorer les services et les soins, celle des intervenants et de leurs pratiques est tout aussi incontournable. Les pratiques résultent, certes, de compétences acquises sur bien d'autres facteurs tels que la façon dont les intervenants conçoivent leurs rôles et leurs missions, la perception qu'ils ont de leurs clientèles ou encore la réflexion née de l'expérience au travail mais aussi en dehors de celui-ci (p. 27-28).

Les entrevues avec les intervenants ont eu lieu dans les heures qui suivaient l'intervention que nous avons observée. Tout comme pour les clients et les aidants, elles étaient divisées en deux temps. Nous faisons d'abord un retour sur la rencontre qui venait d'avoir lieu et revenions sur certains moments de l'intervention. Dans un deuxième temps, nous les questionnions sur des dimensions plus larges de leur travail dans le but de répondre aux questions secondaires suivantes : 1- Comment les intervenants parlent-ils de leur pratique et de leur travail? 2- Comment les intervenants parlent-ils de leur clientèle âgée? 3- Quelle est la place du relationnel dans les services professionnels offerts en soutien à domicile? (Travail prescrit – travail réel – travail vécu); 4- Qu'est-ce qui ressort de leur discours lorsqu'ils parlent de leur travail en contexte pluriethnique? 5- Comment les intervenants parlent-ils de la culture et de l'ethnicité? (Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000, p. 25). Ces entretiens duraient en moyenne 45 minutes.

3.5.2.2 Les entretiens individuels avec les intervenants

Suite à des ajustements que nous avons dû apporter en raison de la lenteur de notre recrutement (pour les observations) ainsi qu'en raison des propositions qui nous ont été faites par certains intervenants⁷¹, nous avons convenu de procéder à des entretiens individuels auprès de travailleurs en soutien à domicile, sans avoir fait d'observation de rencontre, afin d'avoir accès, du moins par le récit, à des situations plus complexes ou plus délicates.

Nous avons effectué trois entretiens individuels vers la mi-collecte. Bien que nous souhaitions reprendre les thèmes et les sous-thèmes que nous avons utilisés en deuxième partie dans nos entretiens post-interventions avec les intervenants, certains de ces entretiens ont plutôt pris l'allure de «récits de pratiques» puisque les intervenants nous décrivaient, sous la forme d'une description narrative, certains cas ou actions concrètes (stratégies relationnelles et communicationnelles) qui leur semblaient représentatifs de leur travail avec des personnes âgées immigrantes. Ces récits ne nous ont pas uniquement donné accès à des perceptions, ils nous ont aussi fourni des informations en profondeur sur les «pratiques "réelles" et/ou idéalisées» du travail (Derèze, 2009, p. 118-119).

Les entretiens individuels qui se sont déroulés vers la fin de notre collecte étaient plus ciblés et se sont plutôt concentrés sur des aspects précis de notre questionnement dans

⁷¹ Les intervenants qui démontraient un intérêt pour participer à la recherche nous mentionnaient de façon régulière l'existence de certains cas plus difficiles où il leur semblait impossible que nous les accompagnions pour observer la rencontre. Ils nous offraient cependant de nous parler de ces cas si cette façon de procéder nous convenait. A titre d'exemple, voici un commentaire provenant d'une travailleuse sociale : «J'ai un cas délicat, c'est vraiment un excellent exemple de mauvaise communication. Je ne peux vous amener avec moi, par contre, je peux vous rencontrer pour vous parler de la situation que je vis avec ces clients» (Sophie, TS).

le but, d'une part, de valider nos découvertes et, d'autre part, de solliciter des commentaires qui nous permettraient de préciser certains éléments émergents. Ces entretiens duraient en moyenne une heure.

3.5.2.3 Les entretiens de groupe

Bien qu'il fut longtemps dominé par les techniques relevant de la recherche quantitative, l'entretien de groupe occupe aujourd'hui une place importante en recherche qualitative puisqu'il n'est pas rare qu'on le croise avec l'observation et l'entretien individuel en vue de recueillir des données (Baribeau et Germain, 2010, p. 33). Les termes «focus group», «groupe de discussion», «interview de groupe», «entrevue de groupe», «groupe focalisé», «entretien collectif», «groupe focus» sont les multiples appellations employées pour désigner ce que Baribeau, Luckerhoff et Guillemette (2010) nomment un «dispositif» afin de souligner la multiplicité des usages possibles qui sont aussi variés que les façons de l'employer. Nous utiliserons, pour notre part, l'expression «entretien de groupe» pour signifier notre intérêt de réunir «des groupes restreints [...] dont les participants discutent ouvertement sur des problématiques sociétales [...] définies par le chercheur selon des modalités particulières» (Touré, 2010, p. 8). Ces groupes, généralement composés de six à douze membres, sont organisés dans le but de favoriser des discussions à partir de thématiques concrètes, lesquelles chercheront à générer une dynamique d'interaction, des significations partagées et des divergences dans le but de reproduire le contexte social dans lequel les participants évoluent (Touré, 2010, p. 8). Ils permettent aux sujets de défendre leurs priorités, leurs préférences et leurs valeurs (aspects socioculturels, normes, etc.) (Moreau, Dedianne, Letrilliart et *al.*, 2004, p. 382-384). Les entretiens de groupe sont aussi régulièrement utilisés dans le cadre de recherches exploratoires dans le but de comprendre les perceptions, les sentiments, les attitudes

et les motivations reliées à un phénomène local, tels qu'ils sont vécus et perçus par les sujets (Deslauriers, 1991, Edmunds, 1999, Touré, 2010).

Nous avons organisé des entretiens de groupe avec des intervenants du soutien à domicile dans le but de confronter les opinions des différents types d'intervenants qui œuvrent en soutien à domicile en tenant compte de la présence possible de rapports sociaux de domination (genre, âge, années d'expérience, statut professionnel) (Kitzinger, Markova et Kalampalikis, 2004). Nous souhaitons de plus recourir à ce type d'entretien puisque nous croyons que la dynamique de groupe permet de faire ressortir et de stimuler l'expression de différents points de vue à travers la discussion «le collectif [pouvant] donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels» (Moreau, Dedianne, Letrilliat et *al.*, 2004, p. 382). Il est aussi reconnu que la dynamique de groupe favorise les échanges d'idées, d'opinions et l'expression des sentiments qui mettent en relief le vécu subjectif des relations, tout en permettant de discuter de la dimension opératoire du travail, mais aussi des aspects symboliques et psychologiques qui en découlent (Lapassade, 1996; Marc, 2005a).

Nous avons procédé à ces entretiens à trois moments de la recherche (début du processus – milieu – fin) en ayant des objectifs particuliers pour chacun. Un premier entretien de groupe a eu lieu au tout début de notre processus, avant que nous n'amorçons nos observations. Cette première approche du terrain nous a fourni un aperçu général concernant le travail des intervenants, tout comme il nous a permis de connaître leurs préoccupations, permettant de ce fait de valider les thèmes que nous voulions développer. Nous avons, à ce moment, laissé une latitude assez grande aux participants afin de laisser émerger leurs perceptions concernant leur travail, la communication et la relation intervenant-client pendant le travail. Nous les avons questionnés sur les particularités de la communication, sur les caractéristiques de l'intervention auprès des personnes âgées en général et auprès des personnes âgées

immigrantes. Notre objectif était de balayer, plus ou moins systématiquement l'univers des pratiques en soutien à domicile pour en dégager «les contours, les contraintes, les routines, les stabilités, les accidents» tout en laissant émerger les dimensions sociales qui donnent un sens plus large à la pratique et qui nous renseignent sur «le faire, le sens et les valeurs» (Derèze, 2009, p. 118).

Nous avons organisé un deuxième entretien de groupe au milieu de notre parcours de collecte afin de consolider les résultats préliminaires qui avaient émergé des analyses de nos observations et de nos entrevues individuelles. Tout en conservant les mêmes questionnement que pour notre premier groupe, nous avons accordé un espace plus grand à certaines thématiques abordées par les intervenants telles que: les comparaisons entre différents lieux de travail (hôpital vs SAD par exemple), les comparaisons entre différents types de clientèles (immigrant récent, immigrant de longue date, non migrant par exemple) et les comparaisons concernant la vision du travail relationnel en fonction des différents types d'intervenants.

Le dernier entretien de groupe fut mené à la fin de notre parcours de collecte et nous a donné l'occasion de nuancer certains propos, d'approfondir certaines questions et de valider, avec les intervenants, les pistes qui avaient émergé de nos analyses.

La combinaison de ces trois entretiens, qui auront chacun duré deux heures, nous aura donné un accès plus grand à la réalité de la pratique et à son cadre actuel. Ils nous auront été d'une grande utilité pour repérer les diverses logiques à travers lesquelles les intervenants construisent leur expérience de travail (Pelchat, Malenfant, Côté et *al.*, 2004).

3.5.2.4 Les entretiens informels

Nous avons aussi fait appel à des entretiens de type plus informel, que nous avons utilisés de façon aléatoire en fonction de notre adaptation au terrain et aussi pour profiter des opportunités qui se présentaient à nous. Notre présence fréquente dans les locaux des services de soutien à domicile nous aura entre autres donné l'occasion de rencontrer des chefs de programmes et des intervenants qui, connaissant notre statut de chercheure et le thème de notre recherche, nous entretenaient de problématiques ou de cas en lien avec notre thèse. Nous avons aussi conservé, dans notre carnet de notes, des propos entendus dans les services de soutien à domicile, provenant d'intervenants qui ne connaissaient pas notre statut de chercheure⁷². De plus, une situation à laquelle nous ne nous attendions pas s'est présentée à nous et s'est révélée très riche en renseignements : la plupart des intervenants qui acceptaient qu'on les accompagne lors d'une intervention nous donnaient rendez-vous une heure avant l'observation afin de discuter avec nous du projet de recherche et afin de nous fournir des informations sur l'histoire du cas et sur le client que nous allions rencontrer. Il nous est arrivé de nous rendre avec les intervenants au domicile du client. Nous avons ainsi pu assister à la préparation de la rencontre et «provoquer» des bavardages intentionnels que nous avons par la suite consignés dans notre carnet de notes pour fins d'analyses. Bien que non prévues dans notre protocole de recherche, ces informations se sont révélées riches pour l'analyse puisque nous avons pu profiter de la spontanéité des propos⁷³. Ajoutons que ces discussions informelles nous ont permis, dans certains cas, de procéder à un échantillonnage «boule de neige» puisque

⁷² Nous n'avons pas inclus ces commentaires de façon formelle dans nos résultats. Ils nous auront surtout servi à valider les informations obtenues par les intervenants lors d'entretiens plus formels.

⁷³ Nous ne sommes pas entrée en profondeur dans des questionnements qui se retrouvaient dans nos grilles d'entretien post-intervention et ce, afin de ne pas influencer l'attitude de l'intervenant pendant la rencontre.

les intervenants nous renvoyaient vers des collègues qui ont accepté de participer à la recherche (Derèze, 2009, p. 112).

3.6 L'ACCÈS AU TERRAIN

Le recrutement des intervenants s'est opéré sur la base du volontariat. Après avoir obtenu l'approbation des comités éthiques de l'UQAM et du CSSS de la Montagne, nous sommes entrées en contact avec la directrice du PPALV-DP. Déjà au courant du projet, celle-ci nous a offert de le soumettre aux intervenants lors d'une rencontre qui s'adressait aux équipes de soutien à domicile. Nous avons présenté oralement les bases de notre projet à environ 60 intervenants en sollicitant leur collaboration, laquelle consistait, dans un premier temps, à cibler des clients qu'ils contacteraient pour obtenir un consentement préliminaire. Une fois cette étape franchie, il était convenu que nous accompagnerions les intervenants au domicile du client lors d'une prochaine intervention. Un premier dépliant, préparé à leur intention, leur a été distribué lors de cette journée. Présenter le projet et solliciter la participation des intervenants lors des réunions d'équipe n'a pas porté fruit, pas plus que la distribution de dépliants dans les services de soutien à domicile.

Bien que le chercheur qui s'inscrit dans une démarche ethnographique doive tenir compte que cette approche «est lente par essence» (Préface d'Yves Winkin dans Derèze, 2009, p. 8), nous tenons à spécifier que le processus de recrutement fut long, complexe et parfois même décourageant en raison du refus des intervenants de participer à notre recherche. Bien qu'intéressés par notre thème, plusieurs d'entre eux nous ont fait part des raisons de leur résistance, lesquelles étaient reliées au manque de temps, à la peur de perturber le client et à la difficulté d'imaginer la présence de la chercheuse au domicile du client (volonté de respecter l'intimité du client, craintes

des intervenants reliées aux conséquences potentielles que pourrait avoir notre présence lors de l'épisode de soins ou de services). Une autre difficulté reliée à la possibilité de faire des observations fut le refus des clients de participer à la recherche.

Nous avons retravaillé notre protocole de prise de contact et réorienté nos procédures d'accès aux intervenants. Nous avons eu recours «à des informateurs-clé qui jouissent d'une position particulière sur le terrain» (Derèze, 2009, p. 112) lesquels représentaient des relais potentiels vers d'autres personnes. La collaboration de la directrice scientifique du Centre de recherche et de formation (CRF) du CSSS de la Montagne nous fut précieuse puisqu'elle nous a donné accès aux chefs de programmes des services de soutien à domicile des trois instances. Ce sont finalement eux qui ont recruté les intervenants pour la participation aux observations et aux entretiens de groupe.

3.7 SOMMAIRE DES DONNÉES OBTENUES SUR LE TERRAIN

En incluant les observations, les entretiens individuels et les groupes de discussion, nous avons, au total, rencontré 29 intervenants hommes et femmes d'âges divers, provenant de différentes professions (infirmières, auxiliaires en santé et en service social, travailleurs sociaux, diététistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes), ayant ou non connu l'expérience migratoire et ayant des expériences de travail ainsi que des années de pratique variées. Il est à noter qu'aucun médecin, ni aucun psychologue n'a participé à cette étude.

Afin de présenter au lecteur un aperçu des données que nous avons obtenues sur le terrain, nous avons dressé des tableaux fournissant des indications sommaires sur les

intervenants rencontrés, les rencontres observées, les entretiens individuels et les entretiens de groupes .

Tableau 3.3
Informations sommaires sur les intervenants rencontrés

Nombre total = 29	<ul style="list-style-type: none"> • 12 ASSS (5 H- 7 F) • 1 ergothérapeute (F) • 5 infirmières (4 F- 1 H) • 2 diététistes (F) • 1 physiothérapeute (F) • 8 travailleurs sociaux (3 H – 5 F)
Genre	<ul style="list-style-type: none"> • 20 femmes • 9 hommes
Expérience migratoire	<ul style="list-style-type: none"> • 15 ont connu la migration • 14 sont nés au Québec

Tableau 3.4
Sommaire des observations

CAS	INFORMATIONS SOMMAIRES	CARACTÉRISTIQUES
1	<p>Intervenant (LUIS)</p> <p>Client</p> <p>Présence d'une tierce personne</p> <p>Raisons de l'intervention + historique des services</p>	<p>ASSS/Homme d'origine canadienne (père québécois d'origine mexicaine), travaillant au soutien à domicile depuis 8 ans. Langues parlées couramment: français, anglais, espagnol.</p> <p>Homme d'origine russe (âgé de 86 ans) souffrant de perte cognitive avancée, ayant immigré au Canada (Montréal) en 1992. Langues parlées couramment : russe et allemand</p> <p>OUI/Conjointe (âgée de 71 ans) ayant immigré au Canada (Montréal) en 1992. Médecin retraitée. Langues parlées : russe et anglais.</p> <p>Soins d'hygiène depuis un an, 2 fois par semaine</p>

2	Intervenante (ANNE-MARIE)	Auxiliaire familiale et sociale (ASSS), d'origine égyptienne (arrivée au Québec à l'âge de 10 ans), âgée d'une trentaine d'années, travaillant au soutien à domicile depuis 3 ans. Langues parlées : français (langue maternelle), anglais (couramment), arabe (partiel)
	Cliente	Femme d'origine haïtienne, âgée de 77 ans, ayant immigré au Canada (Montréal) en 1984. Langue parlée : français, créole
	Présence d'une tierce personne	NON
	Raisons de l'intervention + historique des services	Lessive, entretien ménager sommaire, aide à la cuisine/ Visite hebdomadaire depuis 3 ans.
3	Intervenante (MONIQUE)	Auxiliaire familiale et sociale (ASSS), Québécoise d'origine canadienne-française, travaillant depuis 11 ans au soutien à domicile. Langues parlées couramment: français (langue maternelle), anglais.
	Cliente	Femme, québécoise d'origine française, souffrant de sclérose en plaques, âgée de 72 ans, ayant immigré au Canada en 1952. Langue parlée : français.
	Présence d'une tierce personne	NON
	Raisons de l'intervention + historique des services	Soins d'hygiène 2 fois par semaine depuis 2 ans 1/2
4	Intervenante (NADIA)	Infirmière (Bac. en soins infirmiers), d'origine roumaine (arrivée au Québec en 1993), travaillant au soutien à domicile depuis 5 ans. Langues parlées couramment : roumain (langue maternelle), français, anglais.
	Cliente	Femme d'origine sri-lankaise, vivant seule, âgée de 76 ans, ayant immigré au Canada (Montréal) en 2003 (Moins de 6 ans). Langues parlées : tamoul (langue maternelle) et anglais (de façon très sommaire)
	Présence d'une tierce personne	OUI/Fils de la cliente

	Raisons de l'intervention + historique des services	Suivi de santé/examen/Visites fréquentes depuis janvier 2007
5	Intervenante (NADIA) Cliente Présence d'une tierce personne Raisons de l'intervention + historique des services	Voir cas 4 Femme d'origine roumaine, vivant seule, âgée de 96 ans, ayant immigré au Canada (Montréal) en 1980 (depuis 30 ans) Langues parlées : grec, roumain, anglais, français. NON/Alors que le neveu, unilingue anglais est habituellement présent Examen physique et réorganisation de la prise de médication/Visites depuis 2 ans
6	Intervenante (NAYLA) Client Présence d'une tierce personne Raisons de l'intervention + historique des services	Ergothérapeute femme (27 ans), d'origine libanaise, travaillant au soutien à domicile depuis 2 ans. Langues parlées : français (langue maternelle), anglais (couramment), arabe (partiel) Homme d'origine turque, ayant immigré au Canada (Montréal) depuis 42 ans. Langue parlée : arabe, français, anglais, italien, espagnol NON Suivi annuel par l'intervenant pivot dans le but de vérifier l'état de santé. 2 ^e visite après un an.

Tableau 3.5
Sommaire des entretiens individuels

ENTREVUE INDIVIDUELLE	PROFIL DES INTERVENANTES
EI-1 (MY)	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière (Doctorante en soins infirmiers) au PPALV/Femme/Québécoise d'origine vietnamienne (Arrivée au Québec en 1975 à l'âge de 15 ans) • 19 ans de pratique
EI-2 (PATRICIA)	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière (Bachelière en sciences infirmiers/<i>bachelor in science of nursing</i>) Femme/Québécoise d'origine roumaine (Arrivée au Québec en 2002) • Termine son stage en soutien à domicile.
EI-3 (MARTHA)	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleuse sociale /Femme/ Intervenante pivot/ Québécoise d'origine canadienne-anglaise • 10 ans d'expérience en SAD (+ de 30 ans d'expérience en service social)
EI-4 (JOHANNA)	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleuse sociale/Femme/Intervenante pivot/Québécoise d'origine latino-américaine (Arrivée au Québec en 1991 à l'âge de 14 ans) • 8 ans d'expérience en SAD
EI-5 (SOPHIE)	<ul style="list-style-type: none"> • Travailleuse sociale/Intervenante pivot/ Femme/Québécoise d'origine canadienne-française • 6 ans d'expérience en SAD

Tableau 3.6
Sommaire des entretiens de groupe

GROUPES	OBJECTIFS	CARACTÉRISTIQUES
Groupe 1 (Début de la recherche)	Discussion sur les thèmes généraux de la recherche + Émergence des préoccupations	<p>8 intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Agent de relations humaines (TS) (Homme), Québécois d'origine canadienne-française (24 ans d'expérience en SAD) (JACQUES) • 1 diététiste (Femme), Québécoise d'origine canadienne-française (5 mois d'expérience en SAD) (CAROLE) • 1 physiothérapeute (Femme) Québécoise d'origine canadienne-française (8 ans d'expérience en SAD) (JOLAINE) • 5 ASSS (2 Hommes/3 Femmes) <ul style="list-style-type: none"> - F = 1 Québécoise d'origine latino-américaine (22 ans d'expérience en SAD), (PALOMA) - H = 1 québécois d'origine canadienne-anglaise ayant des racines mexicaines (8 ans d'expérience en SAD). (LUIS, Cas 1)

		<ul style="list-style-type: none"> - 3 Québécois d'origine haïtienne <ul style="list-style-type: none"> - F= 10 ans en SAD; (MIRANDA) - F= 10 ans en SAD; (ODETTE) - H= 9 ans en SAD; (JEAN)
Groupe 2 (Milieu de la recherche)	Discussion plus ciblée sur les thèmes émergents	6 intervenants : <ul style="list-style-type: none"> • 3 T.S <ul style="list-style-type: none"> - F = Québécois d'origine haïtienne, 11 ans au SAD; (MARIETTE) - F = Québécoise d'origine canadienne-française, 10 ans au PPALV; (MYRIAM) - H = Québécois d'origine canadienne-anglaise, 25 ans en SAD). (PETER) • 1 infirmière F = Québécoise d'origine haïtienne, 3 ans en SAD. (WINDY) • 2 ASSS: <ul style="list-style-type: none"> - F = Québécoise d'origine égyptienne, 3 ans au SAD; (ANNE-MARIE, cas 2) - F = Québécoise d'origine canadienne-française, 11 ans au SAD. (MONIQUE, cas 3)
Groupe 3 (Fin de la collecte)	Validation des données émergentes	5 intervenants : <ul style="list-style-type: none"> • 2 ASSS (H et F) <ul style="list-style-type: none"> - H= Québécois d'origine latino-américaine (au Québec depuis 10 ans), 5 ans en santé, depuis 2 ans en SAD; (MARCO) - F = Québécoise d'origine maghrébine (Au Québec depuis plus de 30 ans), 23 ans en SAD. (GRACIELLA) • 1 diététiste (F= Québécoise d'origine canadienne française, 12 ans en santé, 5 ans en SAD. (CARMEN) • 1 travailleur social H = Québécois d'origine canadienne-française, 2 ans au SAD. (MARTIN) • 1 infirmier H= Québécois d'origine canadienne-française, 25 ans d'expérience en santé, 10 ans au SAD. (JEAN-PIERRE)

3.8 UNE DOUBLE DÉMARCHE D'ANALYSE

Notre objectif étant de comprendre l'interaction en soutien à domicile d'un point de vue relationnel, il nous apparaissait essentiel de faire appel à un traitement qualitatif de nos données pour interpréter la réalité de cette pratique puisque notre objet ne se

veut pas «mesurable», c'est-à-dire que la compréhension et l'interprétation que nous voulons effectuer font appel à l'expérientiel et à l'univers des significations et ne peuvent être, dans ce cas, traduites par des nombres (Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000, p. 21). Les notions de «contextes», de «pratiques», d'«interactions», de «perceptions» et celles de «culture» étant au centre de notre questionnement.

La démarche d'analyse que nous proposons repose sur un traitement spécifique de nos données dans le but de faire ressortir les résultats que nous avons obtenus avec les méthodes de recherche que nous avons utilisées. Ce choix méthodologique permet d'explorer notre phénomène dans une double dimension soit celle de l'action (interaction de travail observée) et celle des significations (discours rapportés par les acteurs et leurs interlocuteurs suite à l'interaction et discours rapportés par les intervenants sur le travail prescrit-réel-vécu en contexte pluriethnique). Observations et entretiens se sont révélés des outils complémentaires pour assurer une compréhension plus exhaustive de notre phénomène, bien que chacune de ces méthodes de collecte soit porteuse de résultats distincts qui ont engendré une démarche d'analyse différente.

L'univers de l'action et l'univers des significations étant les deux niveaux sur lesquels nous souhaitons porter notre attention, nous avons choisi de faire appel à deux méthodes d'analyse soit : l'analyse écosystémique des relations et une analyse à l'aide de catégories conceptualisantes, inspirée de la théorisation ancrée. Ces deux démarches s'inscrivent dans une approche compréhensive et inductive, dans une posture empirique, et elles tiennent compte du principe de récursivité, lequel fut essentiel dans notre processus de recherche.

3.8.1 L'analyse écosystémique des relations

Une analyse écosystémique qui repose sur les axiomes des chercheurs de l'École de Palo Alto doit, pour trouver les significations des échanges, faire un travail intellectuel de mise en relation entre ceux-ci tout comme il doit tenir compte du contexte pour en interpréter le sens émergent et situer l'échange dans ses divers environnements et temporalités (Mucchielli, 2007, p. 18).

Après avoir, dans une **première opération**, défini la situation de communication, le chercheur doit, dans une **deuxième opération**, repérer, à travers les séquences interactionnelles (axiome 3), les échanges «récurrents» entre les acteurs, c'est-à-dire qu'il circonscrit les échanges qui «reviennent» ou qui apparaissent comme des «rituels» dans l'interaction :

Ces échanges récurrents sont choisis et sélectionnés parmi tous les autres échanges qui se développent. Le travail intellectuel qui accompagne leur repérage est un travail qualitatif fondé sur l'opération de comparaison : comparaison des échanges qui se ressemblent et comparaison de ces ressemblances avec le flot indistinct des autres échanges (Mucchielli, 2007, p. 10).

La troisième opération consiste à rechercher les causalités circulaires, c'est-à-dire que l'on met en lien les activités communicationnelles des uns avec les réponses induites chez les autres et réciproquement afin de faire ressortir les «jeux interactionnels» pour saisir le fonctionnement de l'ensemble des échanges. Ici, axiome 2 (contenu et relation), 3 (ponctuation de la séquence des faits), 4 (digital et analogique) et 5 (symétrie et complémentarité) sont mis en relation afin de dégager les aspects interactifs de la communication et les «*patterns* d'interactions qui

participe[nt] au sens de l'entretien» (Brouillet et Deaudelin, 1994, p. 446⁷⁴). Prendre en compte l'interaction dans son ensemble donne accès à une part du sens des informations échangées mais il importe aussi de relever les découpages des messages (ponctuation) qui ont lieu entre les acteurs puisque ceux-ci diffèrent d'un sujet à l'autre en raison du sens qui sera accordé par chacun : «C'est aussi à travers ce jeu de la ponctuation que s'élabore progressivement des normes qui seront phénoménologiquement uniques à chaque système observé» (Brouillet et Deaudelin, 1994, p. 448). L'identification des structures d'interaction (observations) et des normes phénoménologiques (témoignages des acteurs sur la situation d'interaction) sont deux façons qui permettent d'accéder à la règle relationnelle instaurée entre deux partenaires dans une situation de communication (Brouillet et Deaudelin, 1994, p. 448).

Les dimensions de la relation et du contenu (axiome 2) étant au cœur de notre thèse, il importe, de voir ici de quelle façon il est possible d'accéder à ces deux dimensions. Faire des inférences par l'intermédiaire d'une observation/analyse des processus interactionnels du système de communication à l'étude permet au chercheur d'accéder à la **dimension relationnelle** : «on postule que cette dyade se comporte comme un système [...] qui tend constamment vers un équilibre, tant interne à la dyade que relatif à son milieu (écosystémique)» (Brouillet et Deaudelin, 1994, p. 446). La symétrie ou la complémentarité de la relation (axiome 5) devient ici un paramètre qui permet de percevoir cet équilibre tout comme il permet de cerner le type de relation qui s'instaure entre les acteurs, celui-ci pouvant s'inscrire sur un axe allant de l'«éloignement» à la «proximité» (Marc et Picard, 2008, p. 14). Celui-ci peut être analysé en fonction de la distance qui existe ou s'établit entre les sujets.

⁷⁴ Pour Mucchielli (2007) : «La recherche des relations, qui est une opération de base des efforts intellectuels faits dans toute recherche qualitative, est ici poussée à son extrémité : on recherche des configurations de relations, intégrées dans une configuration d'ensemble (le système tout entier des relations)» (p. 14).

Cette distance peut être comprise au niveau de l'espace physique qui sépare les personnes en interaction ou, si elle est prise dans un sens plus psychologique, elle concerne le degré de familiarité qui réunit les acteurs. Ce degré de familiarité peut être de deux ordres : il peut tenir au degré d'interconnaissance (la relation s'inscrira dans une polarité familier/inconnu⁷⁵) ou manifester l'orientation mutuelle des attitudes (où c'est le degré de «convergence» ou de «divergence» qui déterminera la nature de la relation)⁷⁶. L'attitude (positive ou négative) que l'on adopte envers son partenaire et la qualité du lien (similarité/différence, proximité/distance, association-coopération/rupture) qui unit des personnes en interaction sont des caractéristiques qui peuvent aussi définir la relation (Marc et Picard, 2008, p. 48).

3.8.2 Une démarche inspirée de la théorisation ancrée

Nous nous inspirerons de la démarche d'analyse par théorisation ancrée laquelle peut s'appliquer à toute recherche qualitative qui comporte de multiples facettes. Cette démarche est utile au chercheur qui ne désire pas être contraint à appliquer à son objet d'étude un canevas de recherche rigide et prédéterminé dans le but de faire émerger les catégories du terrain (Lye, Perera et Rahman, 1997). Nous rappelons que nous avons, pour notre part, élaboré un inventaire conceptuel large qui nous a servi de base de départ pour amorcer notre questionnement et débiter l'analyse de nos données. Celui-ci n'enlève cependant pas le caractère inductif à notre recherche

⁷⁵ Ici, tout dépend du degré de convivialité entretenu lors de l'interaction. Cette convivialité sera variable selon le contexte. Il existera aussi différentes formes de familiarités qui varieront en fonction de l'antériorité de l'expérience commune, en fonction du cadre de l'interaction.

⁷⁶ La «convergence» ou la «divergence» présente entre des individus s'exerce à différents niveaux (niveau des affinités/attraction-répulsion; niveau des sentiments/ ouverture, sympathie, amour-fermeture, antipathie, haine; niveau des opinions/accord-désaccord, niveau des intérêts/coopération-compétition; niveau des positions/consensus-conflit) (Marc et Picard, 2008, p. 15-18-19).

puisque la largesse des concepts que nous avons proposés dans notre schéma conceptuel préliminaire, la latitude laissée aux intervenants pour parler de leur travail, de la relation et de la communication en contexte pluriethnique a laissé place à l'émergence de nouvelles catégories et nous aura donné une certaine latitude.

La théorisation ancrée —ou *grounded theory*— est une approche méthodologique qualitative énoncée par Strauss et Glaser⁷⁷ à la fin des années 1960. Remettant en cause les méthodes traditionnellement employées en sciences sociales, lesquelles s'appuyaient sur des théories déjà formulées pour développer leur objet d'étude ou pour en vérifier la validité, les concepteurs de la théorie ancrée ont proposé un nouveau cadre d'analyse qui permettrait de générer, à partir d'un corpus de données — et non à partir de théories préétablies —, une théorie empirique, inductive et systématique sur des phénomènes sociaux complexes.

Cette approche est en fait un acte de conceptualisation qui forcera l'analyste à interpréter les significations, les expériences, les événements tout comme il aura à pénétrer l'univers des personnes afin de saisir leur cadre de référence et leur façon de ressentir et de concevoir la réalité dans une demande constante de compréhension :

[...] en interrogeant, en observant, en lisant les transcriptions d'entrevues ou les documents recueillis, le chercheur est analyste et l'analyste est chercheur, tentant de toujours mieux comprendre, cerner, expliciter, théoriser le phénomène faisant l'objet de son étude, que celui-ci apparaisse dans ses données ou sur le terrain même (Paillé, 1994, p. 152).

La théorisation ancrée assoit sa validité sur la comparaison constante des données, c'est-à-dire que l'élaboration et la validation des propositions théoriques reposent sur

⁷⁷ Voir plus particulièrement: Glaser et Strauss, 1967; Glaser, 1978; Strauss et Corbin, 1990; Glaser, 1992.

une comparaison simultanée de la réalité observée et de l'analyse en émergence (Paillé, 1994, p. 150). Les hypothèses, non formulées à l'origine de la recherche, apparaîtront pendant le processus d'analyse qui débutera dès que les premiers éléments de la collecte de données seront disponibles car ce sont ces premières informations qui serviront de guides pour les prochaines collectes de données.

L'analyse débute par un processus de codification, lequel consiste à découvrir des catégories qui seront pertinentes à l'objet d'étude en question et qui pourront ensuite être reliées entre elles: «*Coding represents the operations by which data are broken down, conceptualized, and put back together in new ways* » (Strauss et Corbin, 1990, p. 57)⁷⁸. La première étape de codification consiste à prendre le corpus de données, transcrit intégralement, et de nommer et réunir, pour chacun, des concepts qui formeront des catégories. Le chercheur fait une lecture attentive de la transcription de ses entrevues et de ses notes de terrain et tente de qualifier, par des mots ou des expressions, le propos d'ensemble. Il se trouve ainsi à dégager, relever, nommer, résumer, presque ligne par ligne, à l'aide de mots, d'expressions ou de phrases très courtes, le propos développé dans son corpus (Paillé, 1994, p. 154). Une fois la codification terminée, il est fortement suggéré de relire les codes un par un pour les regrouper, les comparer, les questionner, les re-classifier. La codification est extrêmement importante pour la fiabilité de l'analyse puisque que l'ancrage (ou l'enracinement) de la théorisation se fait surtout à ce stade.

Après que l'entrevue ait été codifiée minutieusement, le chercheur passe alors de l'expression à la catégorie où sont nommés de manière plus riche et plus englobante

⁷⁸L'analyse en théorie ancrée est composée de trois types de codification: La codification ouverte (*open coding*), la codification axiale (*axial coding*) et la codification sélective (*selective coding*). Bien que le chercheur se fasse suggérer de suivre religieusement ces trois étapes, les dénominations qui les séparent ne sont qu'artificielles; ces dernières étant en constante interdépendance et présentant de nombreuses boucles de rétroaction.

les phénomènes et les événements qui se dégagent des données. La catégorie doit ainsi «hisser l'analyse au niveau de la compréhension d'un comportement, d'un phénomène, d'un événement ou d'un élément d'un univers psychologique ou social» (Paillé, 1994, p. 159). C'est lors de cette étape que les aspects les plus importants du phénomène à l'étude commencent à être nommés. Il s'agit en fait d'aller chercher le pouvoir évocateur de la catégorie. Bref, «on refait la démarche du tout début mais, cette fois, on doit situer sa lecture à un niveau conceptuel et tenter de nommer le phénomène plus large auquel renvoie le témoignage» (Paillé, 1994, p. 159). Quatre opérations sont recommandées afin de parfaire la catégorisation: a) définir les catégories⁷⁹; b) dégager les propriétés⁸⁰; c) spécifier les conditions sociales légitimant la formulation des catégories⁸¹ et d) identifier les diverses formes des catégories⁸². En somme, «chacune des catégories d'une analyse par théorisation ancrée porte en elle une description riche et une analyse fine d'un aspect important de la réalité étudiée» (Paillé, 1994, p. 167).

Le chercheur doit alors se livrer systématiquement à la mise en relation des catégories, ce qui permet «de passer d'un plan statique à un plan dynamique, de la constatation au récit, de la description à l'application» (Paillé, 1994, p. 167). Le chercheur doit ainsi faire la liste de ces catégories pour ensuite les examiner l'une et l'autre en posant les questions suivantes : 1- Ce que j'ai ici est-il lié avec ce que j'ai là? 2- En quoi et comment est-ce lié? Ces interrogations supposent donc la comparaison des catégories et leur mise en relation. Des liens de ressemblance, de

⁷⁹ C'est-à-dire spécifier à quoi la catégorie et le phénomène renvoient. Bref, répondre à la question: Qu'entend-t-on par...?

⁸⁰ Il faut se demander: De quoi la catégorie ou le phénomène sont-ils composés?; Quelles sont leurs caractéristiques; et quels sont leurs attributs?

⁸¹ On doit déterminer ce qui doit être présent pour que le phénomène en question ait lieu et pour que la catégorie s'applique.

⁸² Il s'agit ici de concevoir les multiples dimensions sous lesquelles le phénomène étudié peut être appréhendé. Une catégorie peut ainsi prendre des formes contradictoires en fonction de l'époque, du contexte ou du lieu.

dépendance, des liens fonctionnels ou hiérarchiques pourront être découverts pendant cette opération. Comme le phénomène étudié est toujours multidimensionnel, les liens observés peuvent prendre des formes infinies. C'est pourquoi, Strauss et Corbin recommandent d'utiliser le modèle paradigmatique des catégories d'action dans lequel sont compris certains éléments soit: les conditions (le contexte), les stratégies d'action/interaction et les conséquences de l'action/interaction⁸³. Ce modèle du paradigme permettra ainsi de relier les sous-catégories aux catégories principales. L'analyste, en expliquant les liens qui les unissent, «commence à accéder à l'événement, à l'explication, à l'histoire» (Strauss et Corbin, 1990, p. 167). Le recours à la schématisation devient, pendant cette étape, un instrument très pratique. Cette étape correspond au moment central où l'essentiel des propos doit être cerné et où doivent s'intégrer les catégories principales. L'analyse se fait à un niveau encore plus abstrait et le but est de développer un scénario argumentatif qui montre le cheminement analytique (Strauss et Corbin, 1990, p. 117).

La procédure centrale consiste à sélectionner une catégorie principale et de la relier aux autres catégories majeures en s'assurant qu'elles possèdent aussi des liens entre elles.

Le chercheur tente ensuite, par la modélisation, de reproduire la dynamique et la complexité du phénomène central cerné par la recherche. Il doit ainsi: «reproduire le plus fidèlement possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles caractérisant un phénomène, un événement, un système etc.» (Paillé, 1994, p. 173).

⁸³ Les différentes catégories identifiées pendant la codification se réfèrent pour la plupart à un phénomène spécifique. D'autres catégories se référeront à des conditions reliées à ces phénomènes. D'autres se rapporteront à des stratégies d'action/interaction utilisées pour diriger, manipuler, conduire et répondre au phénomène. Finalement, d'autres catégories se référeront aux conséquences de l'action/interaction, toujours en relation avec le phénomène spécifique (Strauss et Corbin, 1990, p. 98).

C'est en faisant varier les diverses catégories selon les dimensions de leurs propriétés que le chercheur pourra assurer la modélisation la plus complète possible.

Les propriétés du phénomène global seront en fait représentées par les principales catégories apparues durant les étapes de l'analyse: «Il s'échafaude ainsi une structure pyramidale dans laquelle un phénomène global est défini par des catégories principales, lesquelles ont un lien avec des catégories subsidiaires, le tout pouvant varier en fonction du profil dimensionnel examiné» (Paillé, 1994, p. 173).

La théorisation, dernière étape du processus d'analyse sert à «rappeler l'importance de la fiabilité de la théorisation effectuée [...] puisqu'en pratique, la consolidation de la théorie a lieu en même temps que son développement» (Paillé, 1994, p. 63). Elle est une tentative de construction minutieuse et exhaustive de la «multidimensionnalité» et de la «multicausalité» du phénomène étudié. Il est possible qu'aucune théorie n'émerge du processus d'analyse, ce qui ne le rend pas invalide puisque «la recherche est alors qualifiée d'a-théorique, tout en gardant sa valeur descriptive» (Dionne, 2009, p. 78). Une condition demeure nécessaire pour qu'une théorisation ancrée puisse être fiable et valide: «le résultat doit être ancré (*grounded*) solidement dans les données empiriques recueillies» (Paillé, 1994, p. 150).

Les résultats de la recherche pourront prendre la forme narrative et descriptive ou pourront être présentés sous forme de propositions. Nous accorderons, dans la présentation de nos résultats, une place fondamentale à la description des incidents et aux extraits qui nous aurons servis à créer les concepts et les catégories. Il faut cependant savoir que ceux-ci doivent être perçus comme des indicateurs qui auront servi à appuyer la dynamique du phénomène observé et qu'ils prendront une place secondaire dans l'ébauche finale de nos propositions de recherche émergentes :

Ce que décrit une théorie ancrée, c'est une dynamique, vérifiée par une série d'incidents empiriques qui la confirment tous, mais qui ne représentent pas nécessairement la totalité des incidents existants par rapport au phénomène étudié (Laperrière, 1997).

3.9 CRITÈRES DE RIGUEUR MÉTHODOLOGIQUE

Puisque la recherche qualitative présume que la réalité n'est ni tangible, ni unique, mais plutôt multiple et construite au travers de l'interaction entre le chercheur et son processus de recherche, les critères de validité scientifique sont jugés plus difficiles à définir qu'en recherche quantitative (Payot, 2004, p. 75). Les nombreuses discussions qui ont entouré cette question s'inscrivent dans les multiples débats qui souhaitent, depuis plus de 80 ans, assurer une légitimité à la recherche qualitative (Anadón, 2006). Les critères de validité, de généralisation et de fiabilité scientifique ont été définis par plusieurs penseurs, mais ce qui les distingue fondamentalement, si on les compare aux critères quantitatifs : «c'est le déplacement de l'évaluation de la méthode vers la valeur intrinsèque du processus de recherche et vers l'engagement du chercheur et des participants à la recherche» (Payot, 2004, p. 80). C'est pourquoi certains auteurs tels Lincoln et Guba (1981, 1985) préféreront parler de «critères de rigueur méthodologique» appuyés par l'utilisation de stratégies lors de la collecte et de l'analyse telles que: la présence prolongée sur le terrain, des descriptions riches des contextes et des acteurs, la tenue d'un journal de bord, l'utilisation d'une multi-méthode, etc. (Savoie-Zajc, 2000) favorisant une interprétation riche et détaillée du phénomène étudié (Anadón, 2006, p. 12). D'autres auteurs parleront de «**crédibilité**» (validation interne), de «**transférabilité**» (validation externe), de «**constance interne**» et de «**fiabilité**» (fidélité) pour assurer la scientificité des résultats émanant des recherches interprétatives (Guba, 1981; Pourtois et Desmet, 1988; Mucchielli,

2005a; Laperrière, 1997; Touré, 2010). Ce sont ces derniers que nous avons retenus pour assurer une rigueur à notre recherche.

3.9.1 Crédibilité des résultats (validation interne)

La crédibilité des résultats se traduit par :

[...] un souci de "validation interne", au plan de la saisie des données [...] ainsi que par un souci d'établir la validité de signifiante de l'observation (accord entre le langage et les valeurs du chercheur) et ceux de l'acteur et la validité de signifiante des interprétations (corroboration de l'interprétation du chercheur avec d'autres personnes, voire avec l'acteur lui-même (Gohier, 2004, p. 6-7).

3.9.1.1 Tenue d'un journal de bord

Le journal de bord est mentionné de façon régulière dans les ouvrages méthodologiques de recherche qualitative, lesquels soulignent l'importance de sa tenue pour respecter les critères de rigueur de la recherche. On le représentera comme un instrument où sont colligés des notes de terrain (issues de la tradition anthropologique) ou des mémos qui renferment des informations théoriques (en lien avec les lectures faites, la recherche de sens, la cohérence des observations, les interprétations, la comparaison des données, les pistes analytiques, l'évolution de l'élaboration théorique), méthodologiques (qui incluent, entre autres, les opérations planifiées, les problèmes rencontrés, les échecs, les repositionnements, les événements relatifs aux choix des sites, les modifications apportées au devis de recherche et les critères des choix qui ont été faits, les réaménagements de canevas

d'entrevue) et descriptives (qui concernent les données de recherche, les observations, la description de faits, d'événements, la consignation de conversations, et s'y retrouvent aussi les intuitions, les pensées, les sentiments, les impressions et les émotions du chercheur lui-même (Deslauriers, 1991; Laperrière, 1992 et Baribeau, 2005, p. 101). Il représente en fait «la mémoire vive de la recherche» (Baribeau, 2005, p. 102).

Nous avons, dès le début de notre collecte, ouvert la tenue d'un journal de bord qui nous aura donné l'occasion de prendre des notes de terrain et de noter nos réflexions quotidiennes. Nous ne nous sommes cependant pas astreints à une tenue rigoureuse consignée dans un même document. Nous avons plutôt adapté cet outil en fonction de notre démarche personnelle de recherche, c'est-à-dire que nous avons accumulé fiches, bloc-notes, cahiers et commentaires qui nous aurons servi de support pour l'analyse et se sont révélés fort utiles pour la présentation et la discussion des résultats.

3.9.1.2 L'utilisation d'une multiméthode

La combinaison de méthodes de collecte et de différentes sources d'information est fréquemment relevée en recherche interprétative afin d'asseoir la crédibilité interne des résultats. Cette association de diverses méthodes de collecte de donnée permet, généralement d'asseoir une validation par «triangulation des données», opération qui consiste à confronter des informations obtenues sur un même sujet tout en faisant varier l'instrument de collecte ou les sources d'informations en supposant que les lacunes de chaque méthode utilisée ou de chaque source d'information seront compensées par l'ajout d'autres méthodes ou d'autres sources d'information (Van Der Maren, 1996, p. 6).

Les choix méthodologiques que nous avons faits ne s'inscrivent cependant pas dans cette optique, bien que certaines découvertes lors de nos observations nous aient permis de discuter de ces éléments dans les groupes de discussion dans un certain but de validation. Nous avons plutôt choisi de combiner des méthodes de collecte afin d'appréhender notre phénomène dans sa complexité et dans ses dimensions variées soit, interactives (action), intersubjectives, subjectives et groupales (signification), lesquelles portaient sur un même thème, mais pas sur les mêmes objets. L'observation des interventions nous aura ainsi donné l'opportunité de faire une description de l'activité de travail en temps réel et de faire ressortir des dimensions que nous n'aurions pu obtenir avec d'autres méthodes de collecte; les entretiens post-interventions avec les acteurs nous ont permis d'accéder aux dimensions intersubjectives et subjectives de l'interaction alors que les entretiens de groupe auront suscité des réactions qui nous ont révélé des aspects plus sociaux, plus critiques et plus généraux du travail en soutien à domicile en contexte pluriethnique. Les observations nous ont de plus donné l'opportunité d'avoir un accès direct au travail réel alors que les entretiens nous ont permis de discuter du travail vécu et du travail prescrit.

Notre volonté d'accéder à la relation dans ses aspects réels, intersubjectifs et subjectifs nous aura donné l'opportunité de dresser un portrait plus large de notre phénomène et de rencontrer nos objectifs qui étaient d'avoir accès à la dimension interactive, à la dimension subjective et à des aspects sociaux plus généraux, lesquels ont tous un impact sur l'interaction de travail en soutien à domicile.

3.9.1.3 Comparaison constante des données

La mise en commun de la somme des informations obtenues, suite à un travail de comparaison constante a assuré une fidélité certaine à notre analyse. L'analyse inductive demande au chercheur de débiter son analyse dès qu'il possède du matériel issu de sa collecte. Nous avons, pour se faire, amorcé l'examen de notre corpus dès les premiers matériaux cumulés pour ensuite les mettre en comparaison constante avec le matériel qui s'ajoutait. Ce procédé est à notre avis un critère rigoureux pour assurer la validité interne puisque cette comparaison assidue nous a amenés à mettre à l'épreuve les hypothèses qui émergeaient de nos résultats tout comme elle nous a demandé de retourner sur le terrain pour obtenir du matériel additionnel, dans le but de découvrir des occurrences variées, de donner de la profondeur à notre analyse en découvrant de nouvelles facettes, de gagner en généralité et de valider ou modifier les propositions en émergence (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 64). Notre but n'étant pas de «réinventer le monde à chaque fois» (Derèze, 2009, p. 69), nous avons mis en parallèle nos catégories émergentes avec des travaux scientifiques, des études et des rapports, ce qui nous aura permis d'affiner nos découvertes et de retravailler notre problématique et notre cadre conceptuel, rappelant ainsi l'itérativité de notre démarche laquelle demande, tout au long du processus, un retour constant aux différentes étapes de la recherche.

3.9.1.4 L'acceptation interne

L'acceptation interne est une opération qui consiste à confirmer les résultats de la recherche auprès des participants : «La donnée "travaillée" intellectuellement qui est intellectuellement recueillie, doit être reconnue comme donnée pertinente, par les acteurs sociaux sur lesquels porte la recherche» (Mucchielli, 2005a, p. 23). Cette

acceptation interne s'est effectuée auprès d'intervenants en soutien à domicile, mais pas auprès des personnes âgées. Notre processus de collecte s'étant échelonné sur une période d'un an et trois mois, nous avons eu l'opportunité de valider nos pistes de recherche auprès de deux groupes de discussion et auprès de cinq intervenants qui ont participé à des entretiens individuels. Ajoutons que certains d'entre eux ont accepté de relire la transcription de leur entrevue ainsi que l'analyse sommaire que nous en avons faite afin de valider leur propos ou d'ajouter des commentaires dans le but de donner plus de substances à leurs affirmations. Cette validation interne nous aura ainsi donné l'opportunité de confirmer ou de retravailler nos résultats émergents tout en bonifiant le travail de recherche amorcé.

Les nombreuses conférences que nous avons données dans les instances de santé suite à l'émergence de nos résultats préliminaires nous ont permis d'assurer une certaine validation par les pairs puisque nous avons rencontré des chercheurs ayant travaillé sur des problématiques semblables. Leurs commentaires, ainsi que ceux des intervenants présents lors de nos présentations, nous ont permis de revoir certaines affirmations et de raffiner certains concepts.

3.9.1.5 La saturation des données

Le moment où nous avons choisi de mettre fin à notre travail de terrain fut pour nous une question délicate. Nous en sommes venus au constat que nous avions discerné les éléments dominants, présents ou marginaux, que notre question avait été nuancée, traitée en profondeur et que les nouvelles informations collectées ainsi que les données additionnelles que nous obtenions n'enrichissaient plus vraiment notre analyse. Van der Maren (1996) mentionne qu'il y a saturation «lorsque l'ajout d'une source qui varie par un trait majeur par rapport au problème posé n'apporte pas

d'information supplémentaire» (p. 5). Pour répondre à ce critère, nous avons interrogé, de façon informelle, des intervenants du soutien à domicile, travaillant dans des secteurs ruraux où la pluriethnicité n'est pas une caractéristique de la clientèle. Nous avons aussi questionné des intervenants travaillant en soutien à domicile mais au compte d'agences privées. Nous avons posé certaines questions à des intervenants travaillant en CHSLD, en maisons d'hébergement privé ou dans des hôpitaux. Nous avons finalement questionné des Québécois d'origine canadienne française qui recevaient des services de soutien à domicile afin de connaître leur perception de la relation et de la communication qu'ils entretiennent avec les intervenants. Ces sources d'information, différentes de nos sources antérieures, nous ont permis de conclure que nous n'avions plus besoin d'information supplémentaire, bien que la saturation ne peut être que provisoire lorsque l'on fait de la recherche qualitative et que l'on s'intéresse à des dynamiques humaines (Derèze, 2009, p. 76-77).

3.9.2 La transférabilité des résultats (validation externe)

Bien que la recherche qualitative repose sur le principe que chaque situation et que chaque contexte est unique⁸⁴, la transférabilité, que l'on appelle aussi «validation externe», suppose que l'on puisse généraliser les découvertes à une autre population, si l'on assume que cette dernière est similaire à celle qui a été étudiée. Une explication riche et détaillée du contexte étudié devient essentielle pour assurer cette transférabilité (Payot, 2004, p. 76). Le raisonnement qui en découle n'est ni déductif, ni statistique et peut être vu comme une sorte d'argumentation inductive (Payot, 2004, p. 76). Ce critère explique l'importance que nous avons accordée à la présentation de notre méthodologie.

⁸⁴ Payot (2004) mentionne à cet effet qu'«à l'extrême, on pourrait défendre que chaque population devrait pouvoir bénéficier de sa propre étude» (p. 76).

3.9.3 La «constance interne» et la «fiabilité» (fidélité)

La «constance interne» est définie comme «l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques (temps, personnalité du chercheur)» alors que la «fiabilité» consiste «en l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur; elle requiert la transparence [...] par le biais de l'énonciation par ce dernier de ses présupposés et orientations épistémologiques [...]» (Gohier, 2004, p. 7). Ces deux points sous-tendent qu'un autre chercheur qui utilise les mêmes procédures méthodologiques et les mêmes instruments sur le même terrain en arrivera aux mêmes résultats que ceux énoncés dans le rapport de recherche (Derèze, 2009, p. 88). Il est cependant impossible de respecter une stricte fidélité dans une approche empirique puisque deux chercheurs ne verront pas les mêmes choses, ne retiendront pas les mêmes faits et ne noteront pas les mêmes éléments (Derèze, 2009, p. 88). Payot (2004) parlera «d'imputabilité procédurale» (*dependability*) pour signifier l'acte de transparence du chercheur quant à son processus de recherche. Cette transparence se révèle dans l'explicitation des procédures de recherche:

[...] en explicitant ses choix et ses mises en œuvres méthodologiques, le chercheur permet à ses collègues de reproduire l'expérience au départ des mêmes conditions de travail [...] Certes, cela n'équivaut pas à la reproductibilité des résultats, mais cela permet de réaliser des observations comparables (faites par différents chercheurs), de susciter la discussion scientifique et d'autoriser la cumulativité (Derèze, 2009, p. 88).

Plutôt que de rechercher la neutralité, le chercheur qui s'engage dans une recherche qualitative devra confirmer que les résultats qui émergent de sa recherche relèvent de choix méthodologiques rigoureux (Payot, 2004, p. 78).

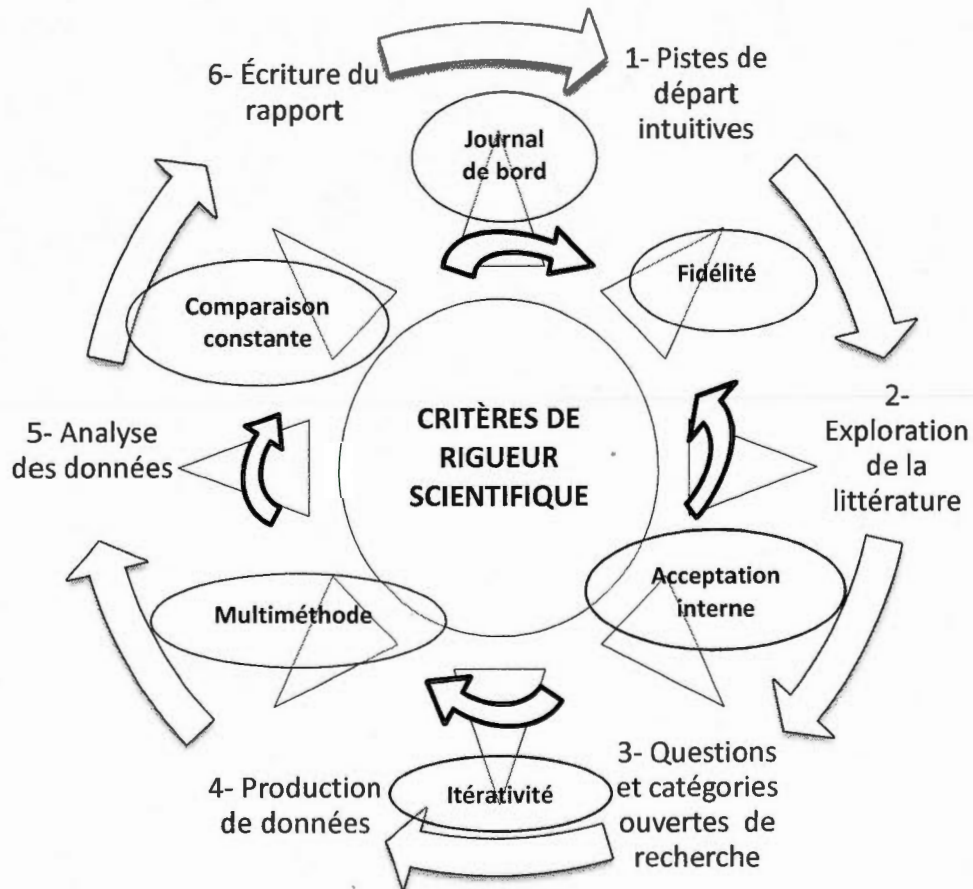


Figure 3.2 Application des critères de rigueur scientifique

3.10 TRAITEMENT DES DONNÉES, MODE ET STRUCTURE DE PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.10.1 Traitement des données recueillies

Nous avons soumis nos données à une analyse qualitative réalisée de façon progressive, à partir de nos données de terrain. L'analyse de notre matériel s'est fait selon deux axes principaux. Nous avons, d'une part, procédé à une analyse de type monographique ou intra-cas et avons, par la suite, procédé à une analyse inter-cas (Lavoie, 2006, p. 10). La codification et la catégorisation ont été établies à partir des objectifs de l'étude et de l'inventaire de nos référents interprétatifs initiaux, mais nous avons aussi laissé apparaître, de façon émergente et inductive, des codes et des catégories qui ressortaient du matériel produit.

3.10.2 Mode de présentation des résultats

Il existe de nombreuses façons de présenter des données qualitatives dans un rapport de recherche. Pour Miles et Huberman (2003) :

Le défi est de combiner l'élégance théorique et la crédibilité appropriée à la pluralité des descriptions possibles des événements sociaux. Un bon rapport fera appel à une alliance de démarches "paradigmatiques" catégorielles, orientées-variables, et de démarches narratives, contextuelles, orientées-cas (p. 538).

Ainsi, la rédaction ne peut être séparée de la réflexion et de l'analyse puisque l'on peut la considérer comment «une analyse en tant que telle» (Miles et Huberman, 2003, p. 539). L'acte d'écriture devient, dans ce cas, une procédure fondamentale

pour la mise en forme de la recherche puisque qu'elle «n'est pas une simple tâche majeure et longue; elle est intrinsèque à l'analyse, à la théorie et aux résultats» (Atkinson, 1991, p. 164 cité par Miles et Huberman, 2003, p. 539).

Nous avons, pour exposer nos résultats, favorisé la forme narrative que nous avons modulée en fonction des différents instruments de collecte⁸⁵. C'est pourquoi les observations ne seront pas présentées de la même façon que les résultats issus de nos entretiens individuels ou de groupe.

Nous avons, pour les observations, choisi de procéder selon la technique de la description ethnographique. Nous nous sommes cependant gardé de limiter l'exposition de nos résultats à la seule description ou au compte-rendu puisque nous souhaitons éviter «l'illusion de l'immédiat et de l'authentique dans laquelle le terrain semble parler tout seul et le vécu se donner à voir par sa vertu propre» (Althabe, 1990, p. 37). Nous nous inscrivons plutôt dans la vision de Laplantine qui considère l'ethnologue et plus encore l'ethnographe comme «un historien au sens grec du terme : celui qui raconte ce qu'il a vu à partir de son propre regard» (2006, p. 84)⁸⁶. La question se pose alors de savoir comment assurer un équilibre entre l'exposition du récit, la part réservée aux propos des acteurs, l'exposition des variables et l'analyse conceptuelle⁸⁷. Nous adoptons le point de vue de Lofland (1974) qui recommande, pour l'écriture du rapport, une interpénétration du cadre analytique et des données qualitatives en suggérant la proportion suivante : 60-70% d'événements,

⁸⁵ Nous avons occasionnellement fait appel à l'emploi de matrices, de tableaux et de diagrammes qui permettront de résumer, de façon conceptuelle, différentes parties de notre démonstration.

⁸⁶ Nous partageons aussi le point de vue de Derèze (2009) qui affirme que l'étape de la description est importante dans l'approche ethnographique mais qu'elle ne suffit pas puisqu'elle vise à produire de l'interprétation et de la conceptualisation.

⁸⁷ Pour Miles et Huberman (2003) : «Des récits dénués de variables ne nous renseignent pas suffisamment sur la signification et le sens premier de ce que nous observons. Des variables sans récit sont au final abstraites et peu convaincantes» (p. 544).

d'anecdotes, d'épisodes, de citations issues des données du terrain et 30-40% d'analyse conceptuelle.

Nous rapporterons les événements et les interactions en y incluant les référents interprétatifs initiaux – lesquels étaient inclus dans notre schéma d'analyse de départ –, mais nous y inclurons aussi les catégories et les dimensions qui auront émergé de l'analyse. Certaines séquences seront résumées en nos propres mots, alors que d'autres proviendront directement des propos des acteurs. Nous avons parfois choisi de laisser le «terrain» se révéler de lui-même puisque certaines scènes nous semblaient parler suffisamment, «rendant inopportune la paraphrase de l'auteur, simple guide»⁸⁸. Plusieurs de ces extraits seront relativement longs, mais il nous semblait pertinent de les inclure dans le texte pour la raison suivante : La dynamique relationnelle étant le thème principal de cette thèse, il nous apparaissait fondamental de présenter des séquences interactionnelles qui montrent, d'un point de vue non statique, les processus en jeu dans la rencontre. Certaines séquences pourront aussi paraître redondantes, mais elles révèlent l'importance accordée à la répétition d'un aspect particulier de la communication. Seront aussi incluses, à certains moments, des interprétations conceptuelles qui montreront à la fois le processus de recherche et l'évolution de nos analyses. Nous nous inscrivons ainsi dans une posture «restitutive» où coexiste «un rapport d'équivalence entre le savoir scientifique et le sens commun» (Derèze, p. 104).

La présentation des entretiens se fera elle aussi sous la forme narrative où nous avons cherché à conserver un équilibre entre la description et l'interprétation. La trame de notre analyse reposera, dans ce cas-ci, sur le développement des catégories et des

⁸⁸ Vega, 2001, p. 28. A l'instar de cette auteure, nous croyons qu'«épurer de façon trop drastique les matériaux recueillis [reviendrait] à prendre le risque de faire s'évanouir l'entreprise ethnographique elle-même» (p. 27).

dimensions que nous aurons ciblées au préalable ou qui auront émergé de l'analyse. Cette façon de regrouper les données nous aura permis de synthétiser un matériel abondant (plus de vingt heures d'entretiens, quatre cent pages de transcriptions). Bien que plusieurs idées soient présentées sous forme de synthèse, nous accorderons, encore une fois, une place importante aux propos directs des intervenants.

3.10.3 Structure de présentation des résultats

La présentation de nos résultats se veut différente de l'ordre dans lequel se sont déroulées les opérations de recherche et d'analyse puisque nous avons choisi de «révéler» une trame progressive à partir des instruments de collecte que nous avons utilisés. Il nous est apparu pertinent de débiter, au chapitre IV, par une exposition des observations *in situ* puisque ces dernières permettront au lecteur d'entrer graduellement dans l'univers quotidien du travail à domicile. Nous avons joint à cette partie les éléments issus de la portion des entretiens post-intervention que nous avons réalisée auprès des intervenants, des clients et d'un aidant, laquelle nous amène à une compréhension plus fine des interactions puisqu'elle fait ressortir l'influence de la part (inter)subjective dans l'interaction. Ce chapitre sera complété par une analyse croisée des observations où seront regroupées les rencontres présentant des relations logiques afin d'en faire ressortir les caractéristiques communes. Une discussion et une analyse, complétées par des appels aux textes scientifiques compléteront cette section.

L'exposition de nos résultats se poursuivra, au chapitre V, avec l'exploration conjointe de nos entrevues individuelles et de groupe. Celle-ci sera aussi, complétée par une discussion concernant les résultats obtenus.

Une mise en commun des informations issues de nos trois instruments de collecte fera l'objet de notre chapitre VI. Nous pourrons ainsi montrer l'apport et la pertinence du croisement de nos instruments d'investigation. Ce dernier tour de piste, nous donnera l'occasion de faire dialoguer la littérature scientifique, nos référents interprétatifs initiaux ainsi que les éléments qui sont ressortis de notre analyse afin d'en arriver à l'élaboration d'un schéma d'analyse révisé et de propositions interprétatives : «c'est ce dialogue, cette discussion et cette intertextualité qui constituent une des facettes, une des étapes et une des propriétés du processus interprétatif» (Derèze, 2009, p. 209-210).

Nous venons de présenter le cadre méthodologique que nous avons utilisé, lequel relève directement de ce que nous avons arboré dans les chapitres précédents puisque ce sont les interactions, ainsi que la part (inter)subjective du travail, toujours considérées en fonction des contextes que nous avons ciblés (institutionnel, niveau immédiat de la rencontre, dynamique temporelle de la relation), qui ont mené à la sélection de notre démarche de recherche (ethnographique), au choix de nos instruments d'investigation (observation *in situ* et différents types d'entretiens) ainsi qu'à nos méthodes d'analyse (écosystémique et théorisation ancrée). La présentation de nos résultats, aux chapitres IV et V, ainsi que l'analyse et la discussion qui en découlent au chapitre VI démontrent que nous sommes demeurées en lien étroit avec notre thématique de recherche ainsi qu'avec nos concepts de départ, tout en laissant la porte ouverte à l'émergence d'informations nouvelles (approche inductive) ressortant de nos observations ou de nos entretiens.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS ET ENTRETIENS POST-OBSERVATION : PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce qui me frappait, c'est que les rides se marquent toujours aux mêmes endroits partout, que les bouches s'étirent pour sourire de la même façon partout. Les tristesses, les joies, l'indifférence ou la colère, c'est pareil partout. Partout. Je me disais qu'en regardant les visages, on ne pouvait jamais être dépaycé. C'était comme retrouver, sur des terres différentes, le vent, la pluie ou le soleil.

Les insurrections singulières – Jeanne
Benameur

Le présent chapitre constitue la présentation, l'analyse et la discussion des éléments issus des observations. Des opérations de lecture, de découpage textuel, de catégorisation et de codification manuelles ainsi qu'un exercice de comparaison constante entre nos analyses émergentes auront mené aux résultats que nous présentons ici.

4.1 CE QUE NOUS RÉVÈLENT LES OBSERVATIONS ET LES ENTRETIENS POST-INTERVENTION

Nous avons choisi de présenter nos observations en suivant un ordre décroissant, c'est-à-dire en présentant en premier l'intervention qui nous est apparue la plus riche au niveau relationnel pour terminer avec celle qui nous est parue la plus faible.

Nous avons aussi adapté notre présentation en fonction des conditions qui se sont présentées à nous lors des observations, mais aussi en fonction des éléments particuliers qui ressortent pour chaque observation. Le lecteur notera, par exemple, que nous accordons une place importante à la dimension linguistique dans le cas numéro 1 puisqu'elle est une donnée fondamentale dans la dynamique interactionnelle. Cette même dimension ne prendra pas la même importance dans les autres cas où nous avons fait ressortir d'autres spécificités. Il pourra de plus constater qu'à certaines occasions, nous avons pu réaliser l'observation et des entrevues avec les parties concernées tel que nous l'avions imaginé au départ. À d'autres moments, nous avons dû nous adapter aux circonstances qui se présentaient et nous ajuster à des situations que nous n'avions pas prévues. Par exemple, rien ne nous indiquait, dans le cas numéro 2 (ergothérapeute), que l'intervenante participerait à l'entretien avec le client. Sa présence, ainsi que ses commentaires pendant cette entrevue ont eu une influence sur la discussion en cours puisqu'à certains moments, le client et l'ergothérapeute discutaient entre eux. Autre exemple : dans le cas numéro 3, la cliente, plutôt que de nous considérer comme une observatrice, s'est assise avec nous pour discuter pendant que l'ASSS accomplissait son travail. Ces éléments sont en fait révélateurs de toute la complexité du soutien à domicile puisqu'ils montrent l'unicité de chaque situation et l'importance de s'adapter à chaque cas.

L'usage de la première personne du singulier, voire l'usage du «je», apparaîtra à certains moments de notre description afin de montrer les traces de notre implication dans l'observation ainsi que le développement de notre pensée personnelle. Cette façon de procéder n'exclut pas la distanciation et la réflexivité qui ont été nécessaires à l'élaboration du travail scientifique puisque la démarche ethnographique suppose, comme nous l'avons mentionné, l'intégration de l'observateur dans le champ de l'observation.

Afin de rendre plus vivante notre démonstration, nous avons choisi d'employer l'indicatif présent. Le prénom et le nom des intervenants, des clients et des autres personnes présentes dans l'intervention ont été modifiés dans le but de conserver l'anonymat.

4.1.1 Cas 1 : La joute linguistique

4.1.1.1 Première rencontre avec l'intervenant

Nous avons tout d'abord rencontré l'auxiliaire en santé et service social (ASSS) afin de lui présenter les objectifs de notre recherche. Celui-ci, après nous avoir fait part de ses réserves, s'est montré intéressé par nos travaux quand nous lui avons souligné que notre but était de donner la parole aux acteurs pour comprendre, de l'intérieur, comment se passe la relation qui s'établit entre un intervenant et un client âgé immigrant puisqu'il existait peu d'informations à ce sujet. L'ASSS est entré en contact avec nous, quelques jours plus tard, afin de nous confirmer qu'il était possible de procéder à une visite à domicile avec lui puisqu'un de ses clients ainsi que son épouse avaient accepté de participer à la recherche.

4.1.1.2 En route vers le domicile avec l'intervenant

Nous nous étions donné rendez-vous au CLSC, le jour de la rencontre, afin de nous rendre ensemble chez le client. L'ASSS travaille en CLSC depuis huit ans et visite régulièrement ce couple depuis un an, à raison de deux fois par semaine. Il me donne quelques détails concernant les personnes que nous allons rencontrer et m'informe sur le type de services qui leur est offert. Pour me décrire «ses patients», comme il dit, il mentionne d'abord que nous nous rendons chez un couple d'origine russe. Il évoque aussi l'âge de la femme (71 ans) et l'âge du client (86 ans), leur appartenance à la religion juive, l'époque de la migration et les raisons migratoires : Le couple a immigré au Québec en 1992 dans le but de permettre à leur fils unique de faire des études en médecine. L'origine du service provient d'une demande de soins d'hygiène (donner le bain, laver les cheveux, raser et habiller le client) pour l'homme qui souffre de pertes cognitives avancées. Il me mentionne que la conjointe n'est plus en mesure de lui donner son bain en raison de ses propres problèmes de santé. La demande de service s'est faite suite aux recommandations du médecin de famille qui a suggéré au couple de faire appel au CLSC pour obtenir du soutien. Outre l'ASSS, l'homme se rend au centre de jour deux fois par semaine afin de donner du répit à son épouse. Ajoutons qu'une aide privée, payée par le couple, vient, en raison de cinq heures par semaine, tenir compagnie à l'homme pour permettre à sa femme de souffler un peu.

L'ASSS me décrit ensuite les personnes de la façon suivante :

Les patients que nous allons voir aujourd'hui, tu vas voir, la femme, c'est une mère poule. Et pas juste avec son mari, avec moi aussi. Elle a des problèmes de cœur. Mais ce sont des gens tellement gentils, tellement accueillants. Le monsieur, il va à l'hôpital de jour et il est très «duty». Il dit qu'il va travailler. Tu vas voir, il n'a pas de mémoire courte mais il se rappelle qu'il était

médecin dans l'armée russe. Sa femme aussi était médecin et elle enseignait la médecine à l'université. Ils ont un fils qui a fait ses études à McGill, il est médecin à Toronto. Ils sont très fiers de lui. Ils vont sûrement t'en parler.

On remarque que l'intervenant nous présente la femme et l'homme comme des «patients» et que sa façon de les introduire comporte, outre certains éléments reliés à l'état de santé ou à l'utilisation des services, des informations concernant leur identité professionnelle et personnelle ainsi que des informations sur les attitudes que la femme adopte à son égard. Cet extrait nous permet de percevoir que le portrait qu'il nous brosse de ses clients dépasse la simple description du soin et du service ou celle de l'état physique ou mental du client puisque sont abordés des éléments de l'histoire personnelle et familiale, ainsi que des contenus de nature relationnelle. Ces éléments représentent pour nous des indicateurs importants concernant la forme de la relation qui s'est établie avec ce client et son épouse.

L'ASSS aborde ensuite la question linguistique en me signalant que la dame s'exprime en anglais de façon fluide et que le client s'exprime dans sa langue maternelle, soit le russe, mais qu'il parle aussi l'allemand couramment et qu'il répète parfois quelques mots en anglais ou en français. Il m'explique comment s'opère la communication lors des rencontres :

Avec ce client, on parle plein de langues en même temps, c'est notre moyen qu'on a trouvé. Il m'apprend des mots en russe, en allemand. Je les prononce, il me corrige. Et moi je lui dis des mots en latin, en italien, en espagnol qui n'ont pas vraiment de signification, mais ça le fait rire. Et on pratique la prononciation des mots. Et pendant ce temps, je lui fais les soins et pour ça, je lui parle en anglais ou en russe parce que j'essaie d'apprendre le russe. On arrive à se comprendre.

Cette façon de nous présenter le processus communicationnel nous indique que la communication est ici tout aussi importante pour la relation que pour le contenu.

L'ASSS ajoute qu'il aime bien, une fois les soins d'hygiène terminés, prendre du temps pour discuter avec le couple puisque le temps alloué pour fournir le service lui donne parfois cette possibilité. L'aspect relationnel du travail ressort de façon significative dans cet extrait, la nature «agréable» et «plaisante» de la relation qui s'est instaurée entre l'intervenant et les clients étant un facteur qui incite l'ASSS à prendre, de façon volontaire et sans contrainte, du temps pour discuter, ce qui n'est pas toujours le cas :

On me donne une heure, mais il m'arrive de finir avant. Les gens que l'on va voir aujourd'hui, quand j'ai fini, je m'assois presque toujours avec eux et je prends le temps de jaser un peu. Ce sont des gens agréables et ils apprécient autant que moi quand je reste. Ils ne disent rien si je ne reste pas une heure. Ils comprennent que je ne peux pas toujours. Il y en a par contre qui te disent : «Il te reste 20 minutes avant de partir». Comme si tu étais à leur service et que tu étais minuté. Dans ces cas-là, tu ne restes pas pour les mêmes raisons. Ça donne moins envie de rester.

L'ASSS fait un appel au domicile du client pour prévenir le couple de notre arrivée. Il m'explique, par la suite, qu'il appelle toujours avant de s'y rendre, afin de préparer le couple. Il m'indique que l'homme revient du centre de jour, ce qui, affirme-t-il, représente une grosse journée pour son épouse et pour lui. Il me dit aussi, juste avant d'entrer, que l'état mental du client est très variable et que son degré de lucidité n'est pas le même d'une rencontre à l'autre.

4.1.1.3 Déroulement de la rencontre

Premier temps de la rencontre: L'arrivée au domicile.

Nous entrons dans un HLM. A notre arrivée, une dame nous ouvre la porte de son 4 1/2. Elle nous accueille avec sourires et poignées de main. Les présentations se font en anglais. Pendant que nous enlevons nos chaussures, le client arrive et se montre chaleureux envers l'intervenant, mentionnant son prénom. S'ensuit une courte discussion de socialisation, en anglais, entre l'ASSS, la femme et le client. Il est déjà possible de noter la présence d'une certaine complicité entre les trois puisque l'ambiance recèle la bonne humeur et une certaine familiarité, empreinte de respect. Le couple s'adresse à l'intervenant en employant son prénom alors que ce dernier s'adresse à eux en employant «*mister*» and «*miss*», suivi de leur nom de famille.

L'intervenant et l'homme échangent ensuite quelques mots en italien et éclatent de rire. A ce moment, l'ASSS m'explique : «*Ce sont les deux seules affaires que je sais dire en italien et il dit ça tout le temps. On connecte comme ça lui et moi*». Par la suite, l'intervenant se met à faire des vocalises en italien, ce qui provoque à nouveau le rire de tous.

L'homme se tient devant l'intervenant qui se retourne pour prendre quelque chose dans son sac. L'ASSS dit au client : «*OK. Wait for me for just a minute*» et rajoute, à mon intention : «*Tu vois, lui il est déjà prêt. On n'a pas à se dire quoi faire. Il sait que l'on s'en va dans le bain*»; ce qui nous indique qu'une certaine routine est installée. Tenant dans ses mains un dictionnaire, l'ASSS se dirige vers la salle de bain. La conjointe me signale que l'intervenant, – qu'elle continue de nommer par son prénom – a pris soin de bâtir, graduellement, un dictionnaire de phonétique russe pour mieux communiquer avec son mari. Elle mentionne qu'ils apprécient beaucoup

ce geste : «*He wants to learn Russian. We are very grateful for this*». Cet épisode aura duré cinq minutes.

Deuxième temps de la rencontre : L'intervention.

L'intervenant ayant apporté l'enregistreuse avec lui dans la salle de bain, nous avons eu accès à l'ensemble de la conversation lors de l'épisode de service⁸⁹. Une description fidèle et détaillée de tous les moments de l'intervention aurait été intéressante dans ce cas puisque les extraits, pris hors contexte, nous semblent relater de façon sommaire l'originalité de la dynamique relationnelle et communicationnelle qui prévaut dans cette rencontre.

Nous pourrions dire, pour résumer, que tout l'épisode de service se déroule dans une atmosphère conviviale et respectueuse où s'entrecroisent, chants, jeux de langues, demandes, instructions, validations, rires et de nombreux commentaires de socialisation. Nous avons nommé cette rencontre «la joute linguistique» puisque les échanges entre les deux hommes se sont déroulés en plusieurs langues : anglais, français, russe, italien, latin et espagnol et que la dynamique interactionnelle repose sur des jeux linguistiques.

L'extrait qui suit permettra au lecteur de comprendre l'importance de la langue, comme jeu relationnel, dans cette intervention:

⁸⁹ Pendant ce temps, je discute avec la femme autour d'une table attenante à la cuisine. Celle-ci me fait part de sa fatigue reliée à la condition de son mari, de sa vie passée en Russie (me montre une photo de son mari vêtu en militaire), elle me parle de son fils médecin qui vit à Toronto mais qui vient les visiter une fois par mois (me montre son diplôme et une photo).

- Client : *Sempre amore* (en chantant)
- **Intervenant** : *Da Good! You are good! You sing Italian!*
- Client : *Good! Good Italian!* (Dit quelques mots en russe)
- **Intervenant** : *Me too I speak Italian! Yeah! Spaghetti, macaroni, pizza!*
- Client : (Rit)
- **Intervenant** : *Gnocchi...*
- Client : (Rit)
- Client : *Luis speaks Italian, Latin...*
- **Intervenant** : *Yeah! Spanish too : Muchas gracias senior.*
- (Bain coule) (Silence de quelques secondes)
- Client : *Italian, Latin...Spanish too. Oppopo!*
- **Intervenant** : *Yeah! But me, I want to learn more Russian.*
- Client : *I speak Russian.*
- **Intervenant** : *Me, I want to learn more Russian. You, you help me! Here :*
«шампунь» (shampooing).
- Client : *Good! «шампунь». Russian. Very good!*
- (Le client rit)

L'anglais, le russe et plus rarement le français sont simultanément utilisés par l'intervenant, en lien avec la tâche à accomplir, quoique toujours accompagnés de commentaires reliés à des jeux linguistiques :

- Client : (Dit un mot en russe)
- **Intervenant** : (Répète le mot) *I don't know what it means.*
- Client : *You don't know* (répète le mot et rit).
- Alors que le client prend place dans le bain, il indique à l'intervenant que l'eau est trop froide
- Client : *Cold!*
- **Intervenant** : *I'm sorry! Chaud maintenant?*
- Client : «*Good! Ah! Good!*» (Répété à cinq reprises)
- **Intervenant** : *Open your arm. Thank you. Just one here. Here. To the front.*
Da.
- (silence)
- (L'intervenant rit)
- **Intervenant** : *Ok. Give me. With one hand here.*
- Client : *Good?*
- **Intervenant** : *One hand here... No. This one here... Cette main-là.*
- Client : *Ha! Yes.*

- **Intervenant** : *This one over there.*
- Client : *Yes, yes.*
- **Intervenant** : *Back.*
- Client : *Yes.*
- **Intervenant** : *Up. Вверх (mot russe pour «up»)*
- Client : *Вверх (Reprend la prononciation de I).*
- **Intervenant** : *Вверхxxxxx.*
- Client : *Good*
- **Intervenant** : *You like my Russian?*
- Client : *(rit)*
- **Intervenant** : *Good hein?*
- Client : *Good! Luis король (roi)*
- **Intervenant** : *What?*
- Client : *Luis roi.*
- **Intervenant** : *Oh! Roi! Thank you!*
- (L'intervenant et le client rient)
- **Intervenant** : *Ok, sit back. Back, back.*
- Client : *Good! (rit) Oh! Luis!*
- **Intervenant** : *This one.*
- Client : *Oh! Sorry.*
- **Intervenant** : *Don't worry about that. Give me this. Da. Good.*
- Client : *Good.*
- **Intervenant** : *That is good hé! This... German. That is good hé.*
- Client : *Es ist gut*
- **Intervenant** : *«Es is good».*
- Client : *In German, is : «Es ist gut!»*
- **Intervenant** : *«Es ist gut!»*
- Client : *«Es ist gut!» (rit)*

Tout l'épisode du bain (21 minutes 30) s'insère dans cette dynamique. La séquence se termine par ce commentaire de l'intervenant qui annonce au client qu'il va l'habiller : «*Here we go. Now, let make you look like a million bucks*». Une fois cette opération terminée, le client remercie l'intervenant en langue russe et l'ASSS affirme, d'une voix enjouée : «*Next patient please*».

Quant à la tierce personne, celle-ci n'est intervenue qu'à deux reprises pour donner, d'une part, des serviettes à l'ASSS, sans que celui-ci ne lui en ait fait la demande. Elle lui souligne à ce moment, qu'elle demeure tout près en cas de besoin⁹⁰. Elle revient vers la fin, à la demande de l'intervenant, pour lui donner les vêtements du client. L'intervenant la remercie en langue russe.

Troisième temps de la rencontre : L'échange après le service rendu

Une fois le client habillé, l'ASSS se présente dans la cuisine et s'assoit autour de la table, faisant face à la fois à l'homme et à la femme, déjà assise. Nous avons eu, à ce moment, l'opportunité d'assister à une série d'échanges de socialisation et d'échanges méta-opérationnels qui permettent d'organiser l'action future et d'élucider des points problématiques. C'est à ce moment de la rencontre qu'il nous est possible d'observer la dynamique relationnelle qui prévaut entre le client, l'épouse et l'intervenant.

L'atmosphère conviviale qui règne dans l'appartement, depuis notre arrivée est toujours présente et l'ASSS engage la discussion en me présentant, à nouveau le client qui vient de prendre place dans son divan : «*This is capitaine Gorbatchev*», ce qui fait aussitôt réagir le client qui lui dit, en riant, qu'il ne s'appelle pas Gorbatchev. La joute linguistique reprend entre l'homme et l'ASSS qui s'échangent quelques mots en italien et en russe.

L'ASSS demande ensuite à la femme de lui donner la signification d'un mot qui a été prononcé par son mari durant le bain :

⁹⁰ Ma présence aura certes eu une influence sur la manière d'agir de la tierce personne puisqu'elle est demeurée avec moi pendant l'épisode de service.

- **Intervenant** : *There's a word I'm looking for... «paalusto», «pagalusto»*
- Aidante naturelle : пожалуйста
- **Intervenant** : «pajalusto»
- Client : по - жа - луйста ... *please*.
- Aidante naturelle : *Is «please»*
- Client : пожалуйста *in Russian* : «*please*» (Le client fait pratiquer la prononciation à l'intervenant)

Pendant la discussion, l'intervenant inclura certains mots en russe, par exemple, lorsqu'il demande à la femme d'éteindre la télévision. On remarque, dans cette séquence, l'utilisation du russe, de l'anglais et du français dans une même phrase. On note aussi que la femme reprend gentiment l'intervenant sur sa prononciation:

- **Intervenant** : *Declutchi TV. Right? Turn off, fermer la télévision. Declutchi?*
- Conjointe: закрыть телевидение
- **Intervenant** : (Prononce les mots)
- Conjointe: (Reprend la prononciation de l'intervenant)
- **Intervenant** : (Prononce à nouveau les mots)

Ajoutons que le client réagit à chaque fois que l'ASSS prononce un mot en russe, soit en répétant le mot, soit en mentionnant, en anglais: «*Luis speaks Russian!*»

Après s'être levé pour éteindre le téléviseur, l'intervenant me dit : «*C'est comme ça qu'on apprend tu vois. Et ça leur fait tellement plaisir de m'apprendre des mots. C'est apprécié, mais aussi, c'est très utile, ça m'aide pour le bain mais aussi tu leur montres que tu as un intérêt pour eux. Ça aide tellement à créer un lien*». Ce commentaire de l'ASSS nous montre, une fois de plus que relation et contenu sont intimement reliés dans ses interactions avec le couple. La langue est, dans ce cas, très importante pour le maintien de la relation, mais aussi pour faciliter l'exécution des tâches.

La femme, qui rappelons-le, est un ancien médecin, demande à l'intervenant comment se porte sa santé puisque lors des dernières visites, il avait une vilaine grippe qui ne guérissait pas. Elle lui mentionne qu'elle s'inquiète pour lui. Avant de lui répondre, l'intervenant se tourne vers moi et me demande de fermer mon enregistreuse quelques instant. Après que Luis lui ait donné des informations sommaires, elle lui prodigue des conseils et lui suggère de retourner voir son médecin puisqu'elle n'aime pas sa toux persistante. On remarque, à ce moment, un certain recadrage dans la symétrie de la relation puisque la femme adopte son rôle de médecin en donnant des conseils médicaux à l'intervenant. Nous n'avons cependant pas perçu une confusion des rôles puisque l'intervenant n'a pas pris le rôle de «patient» pendant cette séquence interactionnelle. L'intervenant est revenu sur cet épisode, quelques jours plus tard, en me rappelant que ce moment est un bon exemple pour montrer que cette femme était un peu «mère poule», pas seulement avec son mari, mais avec lui aussi.

Une fois cette séquence terminée, l'intervenant se lève et annonce son départ en rappelant au couple que je resterai quelques minutes pour leur poser des questions. S'ensuit une discussion entre l'ASSS et la conjointe sur la prochaine visite où dates (en russe) et heures (en anglais) sont fixées avec l'épouse. Ce troisième temps aura duré dix minutes.

Quatrième temps de la rencontre : Le départ de l'intervenant

L'intervenant se lève et s'adresse en russe au client pour lui mentionner le jour où aura lieu la prochaine visite. Il fait aussi allusion au passé militaire de l'homme : «*Bye-bye capitaine. понедельник (lundi) OK?*».

Le client et sa femme se lèvent, donnent la main à l'intervenant en le remerciant en anglais. Les derniers mots du client furent : «Bye bye Luis. Понедельник (lundi)». Puis l'intervenant sort de l'appartement⁹¹.

4.1.1.4 Apports de l'entretien avec l'épouse et le client

Cet intérêt de l'intervenant pour apprendre le russe est d'ailleurs fort apprécié par le client. Le commentaire de l'homme, rapporté par son épouse lors de l'entretien post-intervention⁹² l'illustre bien: «*He told Luis has started to study Russian. He says he tries to speak with him in Russian*». La conjointe exprime elle aussi sa reconnaissance devant la volonté de l'auxiliaire d'apprendre le russe : «*He works hard to learn Russian. We are very grateful for this*». Selon elle, les moments que prend l'intervenant pour s'asseoir avec eux, une fois le service terminé, lui servent à apprendre de nouveaux mots afin de faciliter la communication avec son mari lors de l'exécution de ses tâches:

Usually, after the bath, he likes to stay here and talk. He sits with us, tries to talk with us in Russian and tries to improve his Russian vocabulary. Luis is trying to learn important words he needs when he gives him a bath : «stand up» or «sit down» or «turn». He asks how we say that and how we say that? How we say «towel»? So, my husband can understand him more easily.

⁹¹ Pour ce cas, nous n'avons pas eu d'entretien post-intervention avec l'ASSS puisque nous l'avions rencontré à deux reprises avant d'assister à l'épisode de services. Mentionnons qu'il a participé à un groupe de discussion dans les jours qui ont suivi cette rencontre.

⁹² Nous avons procédé à une entrevue avec le client et avec sa conjointe après le départ de l'intervenant. La majorité de l'entretien s'est déroulée avec la femme. Nous avons toutefois posé quelques questions à l'homme lesquelles, tout comme les réponses, ont été traduites par son épouse.

Nous rappelons ici que l'auxiliaire nous avait mentionné qu'il aimait, suite au bain, prendre du temps pour converser puisqu'il trouvait la relation «agréable» et «plaisante» avec ces clients. Cet aspect de la relation est aussi relevé par le couple qui affirme qu'il apprécie grandement Luis pour ses **traits de personnalité**, comme **personne**, comme **homme**: «*He's a very nice person you know*» (conjointe); «*He is a good person*» (conjointe); «*he is a very good man at all*» (client) ainsi que pour son dévouement. La femme mentionnera à deux reprises la notion de «boy» pour décrire les qualités de l'ASSS, montrant de ce fait un lien affectif de type maternaliste : «*He's a very good boy*»; «*He is good as a little boy*» (conjointe).

Ce sont les **habiletés interpersonnelles** de l'intervenant, le **lien de proximité élaboré avec lui** ainsi que la **dimension personnalisée de la relation**, bref, des éléments de nature relationnelle qui ressortent des commentaires d'appréciation provenant de l'épouse et de son mari. La femme nous signale, entre autres, que la relation fut bonne dès le départ en raison des habiletés interpersonnelles de l'intervenant. Ayant elle-même enseigné la communication aux futurs médecins lorsqu'elle était en Russie, elle souligne, en empruntant son regard de professionnelle de la santé, que l'intervenant sait comment entrer en relation avec ses clients par le biais de différentes stratégies :

I worked 30 years in a medical school. I taught to students how to communicate with young, with old when they would be doctors. I can see Luis has good abilities. He can communicate because he knows how to do with people; he knows how to get in touch with us. He laughs a lot, he sings, he makes fun with my husband and he talks to me about us and how we feel. He tries to talk to my husband, he talks to us. I think he has good relationships with everybody because he is a person like this.

Le commentaire qui suit dénote l'importance accordée à la dimension subjective et humaine dans la relation de service qui s'est instaurée : «*He understands me and I*

understand him. He knows who we are. We're not only patients for him, we are humans. That is what is important» (conjointe).

La dimension personnalisée de l'intervention ressort de cette remarque de l'épouse lorsqu'elle mentionne qu'elle apprécie énormément le fait que l'auxiliaire prenne le temps de l'appeler avant son arrivée afin qu'elle puisse se préparer et préparer son mari : *«I know with Luis. I appreciate those calls: "Hi, I'm coming in 5 minutes, 10 minutes, 15 minutes. Or, sorry I will come a little bit later because I have a sick patient". It's good for me to know»*. Elle ajoute que ce ne sont pas tous les ASSS qui agissent de la sorte tout en mentionnant qu'elle apprécie la routine qui s'est installée avec Luis :

When someone else comes, I don't know when they arrive because they don't call like Luis. By chance, Luis usually calls to say if it is not him to come. I like to know before. It is better. Luis, I know his schedule, I know when he comes. On Monday, he comes at 4-5 o'clock, usually. And this time, I'm staying here and wait for him and prepare my husband for when he comes. And Thursday, he comes usually at 4 o'clock. I know his schedule and it is good.

Finalement, le lien qu'ils ont créé avec l'intervenant semble, tant pour la femme que pour l'homme, une donnée fondamentale puisque la dame affirme se sentir en confiance et confortable avec lui. Elle mentionne à nouveau que ce n'est pas toujours le cas lorsque l'ASSS se fait remplacer par un autre intervenant :

When Luis comes, I am very confident and comfortable. No problem. It is a little bit different when someone else comes. We don't know that person. It is OK, we understand, but it is not the same. Luis, he understands my husband. He knows how to act with him. With other people it is more difficult for him

because the relation is not the same. Everybody is good for us but with Luis, it is very easy.

Elle ajoute à cet effet qu'il est difficile pour son mari d'interagir avec un autre auxiliaire en raison du lien qui s'est créé avec Luis: «*When Luis cannot come, for him (époux) it is hard to change the person because he remembers Luis, he likes him and he doesn't know the other. He likes Luis a lot. He likes when Luis comes*».

4.1.1.5 Résumé analytique du cas numéro 1

Le cas numéro 1 se démarque par l'importance de l'utilisation de la langue, surtout employée à titre de stratégie relationnelle, bien qu'utile aussi au nouveau du contenu pendant l'épisode de service. Cette rencontre, que nous avons classée comme étant la plus riche au niveau relationnel, montre que la présence d'une barrière linguistique – l'intervenant et le client ne pouvaient s'exprimer de façon fluide dans une langue commune – n'intervient pas sur la relation puisque le contenu, très approximatif (chant, jeux de langue, phrases courtes) assure le maintien du lien et entretient la relation. La règle relationnelle instaurée entre les deux hommes, qui est celle d'un jeu où les deux partenaires se renvoient la balle à tour de rôle, permet aux deux hommes de créer une dynamique ludique tout en effectuant le service (donner le bain et habiller le client). Si l'on tient compte de la tâche à accomplir (tâche prescrite), il est possible de dire que le contenu de la communication était suffisant puisque les deux hommes semblaient en mesure d'exprimer leurs besoins et leurs demandes. Nous pouvons dire, pour résumer que l'interaction est constituée d'échanges opérationnels de co-action où les paroles servent à la coordination de l'action. Parmi ces échanges, on y retrouve des instructions provenant de l'ASSS, en lien avec l'accomplissement technique de la tâche, exprimées à l'aide de mots simples ou de très courtes phrases

majoritairement en anglais mais parsemées de mots russes («*raise your hand*», «*sit*», «*back*», «*up*», «*down*», «*raise your arm please*», «шампунь» (shampooing), вверх (en haut/vers le haut); Le client était quant à lui en mesure de signifier, en langue anglaise, des demandes sommaires à l'ASSS : «*down*», «*again*», «*more*», «*cold*».

Les interactions entre les deux hommes sont constamment entrecoupées d'échanges interstitiels qui entretiennent la relation interpersonnelle. On y retrouve : 1- des remerciements – perçus ici comme des échanges de politesse - de la part de l'un et l'autre, dans plusieurs langues, en lien avec la tâche accomplie ou le service rendu (*merci, spaciba, thank you*); 2- Des expressions d'encouragement ou de réconfort, provenant de l'ASSS («*good*», «*very good*», «*bravo*», «*don't worry about that*», «*Es ist gut!*») reliées à certaines actions demandées et exécutées ou reliées à la réussite de la prononciation d'un nouveau mot; 3- des moments d'échanges de socialisation où les deux hommes chantent, plaisantent et s'apprennent mutuellement des mots en russe, en allemand, en espagnol tout en se reprenant, de part et d'autre, sur la prononciation.

La langue possède ainsi plusieurs fonctions dans cette intervention. Le russe et l'anglais ont été utilisés par l'intervenant de façon plus technique, en lien avec les actes à accomplir, mais aussi pour exprimer des mots de base tels : «*merci*», «*oui*», «*non*». Les autres langues employées étaient une occasion pour les hommes de rire, de créer la réaction, d'échanger de façon ludique, montrant ainsi une certaine complicité dans la relation. Les rires sont d'ailleurs très présents pendant cet épisode de soins. On remarque aussi que le client répétait souvent les paroles de l'ASSS et qu'il s'exprimait de façon très sommaire – deux ou trois mots -, soit en anglais, soit en russe. Cette joute linguistique permet aussi à l'auxiliaire d'apprendre, de façon parallèle, des mots dans la langue du client, lesquelles favoriseront sa compréhension et sa coopération pour les actes reliés à la tâche technique. La souplesse de la règle

interactionnelle qui prévaut dans cette relation repose sur l'utilisation du langage analogique par l'intervenant pour avoir accès à la relation avec le client. La complémentarité des échanges dénote une flexibilité qui permet la co-crédation et la mobilitéd et qui inscrit l'interaction dans un espace relationnel qui favorise la réeptivitéd du contenu.

L'observation du cas numédro 1 ainsi que les commentaires qui ressortent de l'intervenant et des clients lors des entretiens nous suggèrent que la dimension relationnelle est une caractéristique fondamentale de l'intervention et qu'elle est un critère majeur dans l'appréciation des services.

4.1.2 Cas 2 : Quand la confiance règne

4.1.2.1 Informations provenant de l'intervenante avant l'observation

Nous avons rencontré cette ASSS lors de sa participation à un groupe de discussion. Après qu'elle ait communiqué avec moi pour m'informer qu'une cliente avait acceptéd que je l'accompagne lors de la prochaine visite, nous nous donnons rendez-vous au CLSC, 30 minutes avant l'intervention.

Celle-ci me fournit d'abord des informations sur la cliente en mentionnant que c'est une dame tréd gentille. Elle m'indique que nous nous rendrons chez une femme d'origine haïtienne, née en 1932, arrivée au Quédbec en 1984. Cette dernière vit seule, dans un HLM et a un fils qui vit en Haïti avec ses enfants. L'ASSS aura eu l'occasion de rencontrer le fils à une reprise. Elle m'apprend que la dame a aussi des neveux et nièces qui vivent à New-York. L'intervenante ajoute que cette cliente est une personne tréd cultivée qui a beaucoup voyagé et qui voyage encore (va visiter ses

neveux et nièces à New-York, est allée au baptême de son petit-fils en Haïti). Elle me mentionne ensuite, en détails, les problèmes de santé de la cliente : hépatite C, problèmes d'articulation et de jointures, reflux gastrique, problèmes intestinaux, lenteur dans ses déplacements. Elle rajoute que la mémoire de la femme n'est pas affectée, qu'elle peut se déplacer pour ses rendez-vous et mentionne que la solitude lui pèse un peu, bien qu'elle ait des contacts téléphoniques réguliers avec les gens qu'elle aime. L'intervenante m'informe aussi que la femme va dans un centre de jour le lundi, qu'elle est en lien avec la communauté haïtienne et qu'elle sait s'occuper : regarde la télévision, parle au téléphone, lit (même si cela la fatigue de plus en plus) et fait ses commissions. Il nous est possible de constater que l'intervenante connaît bien certains aspects de la vie sociale et quotidienne de sa cliente.

A propos de l'historique de la relation, l'ASSS me dit qu'elle se rend une fois par semaine chez cette dame, pendant 2h15, depuis trois ans, pour faire le lavage des vêtements, faire le lit et préparer quelques aliments pour la semaine. Celle-ci n'est pas la seule à intervenir chez cette cliente puisqu'un travailleur social est aussi présent dans le dossier depuis la mort du conjoint.

Nous marchons ensuite jusqu'à l'appartement de la cliente. Nous avons l'occasion de parler de façon générale de ses clients, de son travail.

4.1.2.2. Déroulement de la rencontre

Premier temps de la rencontre : L'arrivée au domicile

A notre arrivée, la cliente nous accueille à la porte. Adoptant une attitude dynamique, l'ASSS salue la femme en français, en la vouvoyant et en l'appelant par son nom de

famille tout en lui faisant un grand sourire. La femme répond à l'intervenante en la tutoyant, tout en employant son prénom. Sans demander, l'ASSS prend son manteau, ses souliers et va les déposer dans une garde-robe près de l'entrée. On remarque, dès notre arrivée, que des habitudes se sont installées et que l'intervenante connaît bien l'environnement.

L'ASSS introduit la discussion en demandant à la cliente comment s'était passé son rendez-vous chez le médecin. La dame lui raconte brièvement cette rencontre tout en lui donnant les vêtements à nettoyer.

Deuxième temps de la rencontre : Les services

Temps a) Le lavage

L'intervenante quitte momentanément l'appartement pour aller faire la lessive au sous-sol en disant, simplement : «*À tantôt*». La cliente m'invite à m'asseoir autour de la table de salon et s'installe en face de moi⁹³.

Temps b) Le lit et les aliments

L'intervenante revient dans l'appartement, sans s'annoncer, en affirmant que la laveuse n'a pas terminé d'essorer le lavage précédent et qu'elle fera le lit en attendant. Alors qu'elle s'affaire dans la chambre à coucher, je continue de discuter

⁹³ Ma présence a eu une influence certaine sur l'interaction puisque j'ai discuté avec la dame pendant une bonne partie de l'épisode de service. Je n'ai donc pu avoir accès à la relation, telle qu'elle se passe lorsque l'intervenante est seule avec la cliente. Par contre, les femmes ont eu certaines interactions qui me permettaient quand même de cibler la dynamique relationnelle qui s'est instaurée entre elles.

avec la dame qui me parle de ses nombreux voyages, me raconte son attachement pour le Québec et me montre des photos de ses petits-enfants.

Une fois sortie de la chambre à coucher, l'ASSS entre dans la cuisine, qui est en face de nous. Ouvrant armoire, réfrigérateur et tiroirs, elle se procure les objets dont elle a besoin de façon familière. Après avoir demandé à la cliente ce qu'elle souhaitait manger durant la semaine, elle commence à couper des légumes sur le comptoir, juste à côté de nous. L'auxiliaire me mentionne certaines particularités du travail en soutien à domicile notamment, la routine qui s'installe lorsqu'un même ASSS fournit les services depuis un certain temps, ce qui permet de vaquer aux occupations tout en discutant avec la personne. Tâche technique et dimension relationnelle sont ici intimement reliées:

Tu vois, ça, c'est vraiment particulier au soutien à domicile : quand on connaît l'endroit et les personnes, on fait comme chez nous et les gens nous laissent faire. On sait où sont les choses, on sait quoi faire. On n'a pas vraiment à poser de questions, ce qui nous permet de jaser avec la personne. Plus ça fait longtemps que l'on se connaît, mieux c'est. Et ça, tant pour la relation que pour le travail que j'ai à faire que pour la confiance que j'ai instaurée.

En ouvrant les armoires elle me dit : «*Tu vois la confiance qu'il faut avoir. On fait comme si on était chez nous*».

A certains moments les deux femmes, faisant fi de ma présence, discutent entre elles d'intérêts qu'elles ont en commun, notamment de recettes culinaires. Voici un extrait de leur conversation alors que la cliente demande à l'intervenante, toujours en train de couper des légumes, si elle lui a apporté sa recette de creton au veau :

- Cliente : *As-tu oublié ma recette Anne-Marie?*
- **Intervenante** : *Non, je l'ai! [Va dans son sac et lui donne sa recette]. Ça se conserve très bien au congélateur. Moi, j'en mange le matin, mais vous connaissant, vous en mangerez sûrement le midi. Vous avez essayé ma recette de tomates?*
- Cliente : *Oui et c'était très bon.*
- **Intervenante** : *[En coupant des oignons] Ah! Ces oignons qui me font toujours pleurer!*
- Cliente : *Tu sais Anne-Marie, ce n'est pas la première fois que je te dis de les éplucher sous l'eau. Je te le dis tout le temps...*

Après un moment de silence, l'intervenante, toujours dans la cuisine, dit à la cliente qu'elle s'inquiétait pour elle cette semaine puisqu'elle savait qu'elle avait dû faire des efforts pour vider ses armoires en raison de la venue d'un exterminateur :

Quand je suis arrivée aujourd'hui, je m'inquiétais pour vous, j'avais peur que vous soyez fatiguée à cause que vous avez vidé vos armoires. J'ai même demandé à une infirmière du CLSC pour voir si elle avait le temps de passer. La prochaine fois, si ça vous arrive, appelez Alexandre [TS du CLSC], il pourra peut-être faire quelque chose en fonction des heures qu'il vous reste, il pourrait vous débloquer un peu de temps. Vous savez qu'il ne faut pas vous fatiguer.

Il est à noter que la cliente écoute très attentivement l'intervenante lorsque celle-ci lui donne des conseils.

Temps c) : Plaisanteries, socialisation et pause-café.

Alors que l'ASSS travaille encore dans la cuisine, la cliente me propose un café et se lève pour aller rejoindre l'intervenante dans la pièce. Les deux femmes le préparent

ensemble tout en plaisantant. L'ASSS se joint à nous pour prendre un café, mentionnant à la dame que ses tasses sont très belles tout en la félicitant de boire du lait de soya.

La cliente s'adresse à moi pour me dire qu'Anne-Marie est une excellente cuisinière. L'intervenante confirme en affirmant qu'elle adore cuisiner. S'ensuit une discussion entre la femme et l'ASSS concernant tout le remue-ménage causé par la venue de l'exterminateur. L'intervenante demande ensuite à la cliente s'il existe du rhum haïtien. Suite à cette question, la femme se lève pour aller en chercher une bouteille et la lui montrer. D'autres sujets sont abordés tels que les trottoirs glissants à l'extérieur.

Temps d) Retour au service

Au bout de dix minutes, l'ASSS se lève pour aller chercher les vêtements à l'extérieur de l'appartement. Une fois l'intervenante sortie, la cliente me souligne qu'elle n'apprécie pas lorsqu'Anne-Marie se fait remplacer. Elle ajoute qu'elle aime beaucoup son travailleur social avec qui elle s'entend bien mais me rappelle que sa relation avec l'ASSS est spéciale. L'intervenante revient dans l'appartement et range le linge dans les tiroirs de la chambre.

3^e temps de la rencontre : Clôture de la rencontre

Une fois cette tâche terminée, L'ASSS annonce son départ, sans tambour ni trompette : «*Ok, on se voit la semaine prochaine?*» Elle se dirige ensuite vers son manteau, la cliente se lève pour aller vers la porte. Je suis les deux femmes puisque j'ai eu l'occasion de faire mon entretien avec la cliente pendant l'épisode de service.

Les deux femmes se disent «*au revoir*» et la visite se clôt de cette façon. Je quitte l'appartement avec l'auxiliaire.

4.1.2.3 Commentaires de l'intervenante suite à la rencontre⁹⁴

L'ASSS me mentionne l'importance que prend la dimension relationnelle dans son travail puisque c'est pour cette raison qu'elle apprécie ce qu'elle fait : *«Tu vois, quand on va chez les gens, on jase de choses quotidiennes. Si cette dimension-là de mon travail n'existait pas, je ne serais pas au soutien à domicile. C'est vraiment un beau travail. J'aime ce que je fais»*.

Je lui fais part que la cliente m'a signalé, à quelques reprises, son inconfort lorsqu'elle se faisait remplacer par d'autres intervenants. L'ASSS me répond : *«Effectivement, les vacances ou les congés des intervenants créent beaucoup d'anxiété chez les clients. Ce n'est pas la seule à le dire. Mais je les prépare toujours. Là, je pars en vacances bientôt. Cette dame, elle le sait depuis un mois. Ça lui donne du temps pour s'y faire et elle sait que c'est une autre personne qui me remplacera. Quand on les avise à l'avance, c'est moins difficile pour eux»*.

4.1.2.4 Apports de l'entretien avec la cliente

L'entretien que nous avons eu avec la cliente nous montre, tout comme dans le cas numéro 1, que l'appréciation qu'elle a de l'intervenante découle de son attitude, de

⁹⁴ Nous n'avons pas procédé à un entretien post-intervention avec l'intervenante puisqu'elle avait un horaire très chargé et qu'elle avait, au préalable, participé à un groupe de discussion. Nous avons cependant eu le temps de discuter en sortant de la rencontre.

certaines caractéristiques personnelles et d'affinités qui se sont révélées dès le début de la relation: *«Souvent, c'est le temps qui fait que l'on se sent bien avec la personne. Avec Anne-Marie, c'est spécial, parce que dès le départ, je l'ai trouvée sympathique parce qu'elle est très souriante. C'est particulier puisque dès le départ, la confiance était installée avec elle».*

La cliente mentionne que la relation n'est pas la même avec les autres auxiliaires lorsque l'ASSS se fait remplacer : *«Ce n'est pas la même chose quand ce n'est pas elle qui vient parce que les gens prennent moins le temps et que l'on se connaît moins ou pas du tout. Je suis moins à l'aise avec d'autres personnes parce que je ne les connais pas et que l'on ne sait pas quoi se dire. Des fois, certains intervenants sont moins souriants, moins sympathiques».* Elle ajoute qu'elle apprécie la continuité des services avec la même intervenante puisque la routine qui s'est installée ne la contraint pas à devoir expliquer les tâches qui sont à faire: *«Quand ce n'est pas Anne-Marie qui vient, il faut expliquer en détail aux intervenants quoi faire, ce que l'on fait d'habitude. Anne-Marie elle vient, elle fait comme chez elle. Je n'ai pas à lui dire quoi faire, elle le sait».*

L'observation du cas numéro 2 ainsi que les commentaires qui ressortent de nos discussions avec la cliente et l'intervenante nous montrent que la dimension relationnelle est prépondérante dans cette intervention qui s'inscrit toutefois dans une relation de service. Le **lien de confiance** qui s'est instauré, les **affinités personnelles** ainsi que la **routine qui s'est établie** dans la réalisation des tâches ressortent comme des critères majeurs dans l'élaboration de la relation et le maintien du lien dans ce cas.

4.1.2.5 Résumé analytique du cas numéro 2

Cette rencontre se démarque, dès l'entrée de l'auxiliaire dans l'appartement, par l'existence d'une routine qui transparaîtra tout au long de la rencontre, et ce tant au niveau des actes de travail qu'au niveau de la relation et du contenu de la communication. L'aisance avec laquelle l'intervenante dépose son manteau sur un crochet et ses bottes dans une pièce avoisinante, passe d'une pièce à l'autre, entre et sort de l'appartement ainsi que le naturel dont elle fait preuve lorsqu'elle entame la conversation, pose des questions, fait des commentaires, ouvre le réfrigérateur, les armoires et les tiroirs de la cuisine, montrent que ses actes, empreints de familiarité, sont inscrits dans une convention partagée.

Les séquences d'interaction se démarquent par une fluidité au niveau des échanges ainsi que par la prépondérance des échanges interstitiels entre les deux femmes. Cette forme de sociabilité et de maintien du lien social permet, en même temps à l'intervenante, via des échanges méta-opérationnels, de dépasser la tâche prescrite en validant l'état de santé de la cliente, de lui faire certaines recommandations (ne pas trop se fatiguer, faire appel au travailleur social pour des services additionnels) et de l'encourager sur l'usage de bonnes habitudes alimentaires (lait de soya). On remarquera aussi que l'auxiliaire mentionne à la femme l'inquiétude qu'elle aura eue pour elle en raison des efforts qu'elle a dû fournir pour vider ses armoires. Elle aura même demandé à une infirmière de faire une visite si elle en avait le temps.

La personnalisation des services est présente à tous les niveaux de l'interaction dans cette intervention. A titre d'exemple l'auxiliaire, plutôt que de demander à la cliente quels sont les légumes qu'elle doit couper lui demande : «*Que voulez-vous manger cette semaine?*». L'échange de recettes entre les deux femmes ainsi que les commentaires qui s'en suivent : «*Vous connaissant, vous en mangerez sûrement le*

midi» montre que la relation dépasse la sphère prescrite et que les femmes ont développé un lien qui leur permet de connaître des traits de personnalité qui ne sont pas en lien direct avec la tâche à accomplir. Certains commentaires de la cliente illustrent l'existence d'une certaine familiarité qui s'est installée entre les deux femmes. A titre d'exemple, lorsque l'ASSS pleure en coupant des oignons, la cliente lui indique : *«Tu sais Anne-Marie, ce n'est pas la première fois que je te dis de les éplucher sous l'eau. Je te le dis tout le temps»*.

La plupart des thèmes échangés nous indiquent que les deux femmes entretiennent une relation familière de proximité qui continue toutefois de s'inscrire dans une relation de service puisque la cliente me dira qu'elle apprécie ses moments passés avec l'intervenante tout en me spécifiant qu'elle ne la considère pas comme de la visite et qu'elle se sent libre d'échanger ou non avec elle :

Anne-Marie, c'est une belle rencontre dans ma vie. J'aime son sourire et j'aime parler avec elle. C'est une perle. Je ne la considère pas comme de la visite du mardi. Je ne suis pas quelqu'un qui s'ennuie. Je suis contente de la voir, mais ce n'est pas de la visite et je le sais. Je ne ressens pas le besoin de parler avec elle à tout prix. Ça dépend des visites, des fois je vaque à mes occupations pendant qu'elle fait ses choses. D'autres fois, je jase avec elle. Si on se parle, c'est qu'on en a envie.

On notera que la cliente n'aura pas entamé de discussion concernant la vie personnelle de l'intervenante (comment elle va par exemple).

4.1.3 Cas 3 : La relation d'abord et les services ensuite

4.1.3.1 Informations provenant de l'intervenante avant l'observation

Nous avons rencontré cette auxiliaire familiale à quelques reprises. Celle-ci travaille en soutien à domicile depuis une dizaine d'années. D'origine québécoise, elle parle français et anglais. Elle m'affirme que 50% de sa clientèle est immigrante.

Voici les informations qu'elle me donne au sujet de la cliente que nous irons voir : il s'agit d'une dame de 72 ans, d'origine française, au Québec depuis plus de 60 ans, souffrant de sclérose en plaques. Les critères qu'elle emploie pour dépeindre la cliente nous montrent que s'entremêlent liens affectifs, traits personnels de la cliente, degré d'éducation, ancien statut professionnel, état de santé, raisons de l'intervention et détails anecdotiques :

C'est une dame que j'aime beaucoup. Elle est très sympathique. C'est un ancien professeur d'université, une dame très instruite et très cultivée. C'est une experte en bouliers chinois comme outil d'apprentissage chez les enfants. Elle est très en forme au niveau cognitif. Des fois, elle est très fatiguée. Ça dépend des jours. J'y vais pour le bain. Elle est en fauteuil roulant. C'est une belle dame, sereine et jeune d'esprit. Elle a perdu deux-trois chats depuis que je prends soin d'elle.

A noter que l'ASSS utilise le terme «prendre soin».

L'ASSS me mentionne que la cliente était peu réceptive lors des premières visites, mais que le temps et l'utilisation de certaines stratégies leur a permis d'établir une relation :

Au début, elle n'a pas accepté de me voir. Elle ne voulait pas qu'on manipule son corps. Avec le temps, j'ai réussi à développer une relation avec elle, en utilisant mon ouverture, mon écoute et en respectant son rythme et ses besoins. Maintenant, elle accepte même que je lui mette sa crème pour le corps. Elle va même appeler pour annuler un rendez-vous, elle gère très bien nos services. Avant, elle partait à pleurer quand elle nous voyait.

4.1.3.2 Déroulement de la rencontre

Je rencontre l'ASSS en face de la maison de la cliente. L'intervenante, tout comme dans le cas numéro 1, l'appelle au téléphone pour lui dire qu'elle est arrivée. Elle me dit, en raccrochant : *«Je l'appelle toujours avant, ça lui permet de se préparer un peu à mon arrivée».*

Le commentaire qu'elle ajoute juste avant que nous entrions dans la maison m'indique toutes les précautions prises par cette intervenante (stratégie de protection) pour s'assurer que sa cliente ne ressente pas de malaise en raison de ma présence: *«Je lui ai dit que tu resterais pour jaser, mais je lui ai dit aussi d'être très à l'aise de me le dire ou de te le dire si elle se sentait trop fatiguée. Je lui ai aussi dit d'être très à l'aise si elle voulait que je reste pendant que vous jassiez ensemble. Je lui ai dit qu'elle n'avait qu'à me dire : "Reste Monique". Et que je trouverais quelque chose à faire».*

Premier temps de la rencontre : Ouverture

Nous entrons dans la maison. La cliente nous accueille chaleureusement, en appelant l'intervenante par son prénom et nous dit de nous installer. Elle nous laisse pour aller se préparer. L'ASSS, après avoir déposé son manteau prend, dans le hall d'entrée, des

souliers suspendus à un crochet en me mentionnant que c'est la dame qui lui a acheté ces chaussures à semelles antidérapantes pour qu'elle soit en sécurité dans la salle de bain : *«Je trouve ça très pratique. C'est gentil de sa part d'avoir pensé à ça»*.

L'ASSS prend un petit banc et un coussin, qu'elle a apportés avec elle et m'explique qu'elle va rejoindre la femme dans la salle de bain. Je demeure seule dans le salon pendant que le service s'effectue, mais j'entends très bien la discussion entre les deux femmes.

Deuxième temps de la rencontre : L'intervention

C'est la cliente qui entame la conversation en disant à l'ASSS qu'elle a fait euthanasier son chat :

- Cliente : *J'ai fait euthanasier mon Pacha hier. Il faisait une jaunisse...*
- **Intervenante** : *Vous en avez encore un autre hein? Est-ce qu'il cherche Pacha?*
- Cliente : *Le vétérinaire voulait l'hospitaliser...*
- **Intervenante** : *Il voulait s'acheter une nouvelle voiture? (rire) Quand ils commencent à souffrir, il faut faire quelque chose.*
- Cliente : *Quand c'est fini, c'est fini.*

L'ASSS change de sujet en demandant à la cliente, toujours en la vouvoyant, si elle avait passé une belle semaine. La femme lui répond qu'elle avait eu de grosses douleurs et qu'elle avait appelé Info Santé parce qu'elle était très anxieuse : *«Le cerveau m'envoyait des messages qui n'étaient pas réels. Après, j'ai eu la migraine»*. L'intervenante lui dit que le stress n'avait pas dû aider son état. A cela elle ajoute : *«Ça ne vous est pas arrivé pour rien. La prochaine fois, vous pourrez vous dire que c'est une fausse alarme. C'est bien d'avoir appelé Info Santé. En fin de compte, vous aurez réussi à bien gérer ce qui vous arrivait»*.

L'ASSS entame ensuite une discussion concernant un nouveau système de porte en demandant à la cliente s'il avait été installé. Après lui avoir répondu brièvement, la femme demande : *«Et vous Monique, comment ça va?»* Ce à quoi l'intervenante répond simplement : *«Ça va»*.

La cliente annonce ensuite à l'ASSS qu'elle a de nouveaux produits pour le visage. L'intervenante lui suggère de terminer la bouteille déjà entamée, puisqu'il en reste, tout en ajoutant que son nouveau produit sent très bon.

Pendant qu'elle fait couler le bain, l'ASSS explique à la cliente, via des échanges opérationnels, les actes qu'elle pose tout en validant, auprès d'elle la façon dont se déroulera le soin : *«Je prends la température de l'eau. On fait comme d'habitude, je vous lave le corps et après le visage? Ça vous va?»*

On entend la cliente entrer dans le bain. S'ensuit un moment de silence, brisé par l'intervenante qui demande à la femme si tout se passe correctement. Cette séquence représente bien les types d'échanges (opérationnels, échanges opérationnels de co-action) qui ont lieu relativement à la tâche technique. On remarquera aussi le recadrage dans l'action suite à la demande de la cliente, ce qui montre que le contexte du soutien à domicile permet aux personnes âgées d'avoir un certain contrôle sur les actes ou les gestes posés:

- **Intervenante** : *Est-ce que c'est beau là?*
- Cliente : *Un peu, encore.*
- (Silence)
- Cliente : *Encore un peu. Je t'en demande beaucoup hein?*
- **Intervenante** : *Un tantinet madame? (rire) Je ne vous ai pas fait mal au coude? Je ne vous l'ai pas arraché?*
- (Les deux femmes rient)
- **Intervenante** : *Pardon. Voulez-vous un petit peu d'eau ici?*
- Cliente : *L'autre bouteille?*

- **Intervenante :** *Vous aimeriez mieux l'autre pour le visage?*
- **Cliente :** *Oui. Oui.*
- **Intervenante :** *Désolée, on s'est mal comprises.*
- **Cliente :** *Je voulais dire : finis cette bouteille pour le corps et garde celle-là pour le visage. C'est bon là. On s'était mal comprises toutes les deux.*

S'ensuit une série d'échanges interstitiels, lesquels sont intimement liés avec les échanges opérationnels. Après un certain silence, l'ASSS mentionne qu'elle a perdu une petite boucle d'oreille et ajoute qu'elle s'est mis une note pour ne pas oublier de vérifier quand elle arrivera à la maison. Elle valide en même temps, avec la cliente, si tout va bien : «*C'est bon? Ça va?*» L'intervenante demande ensuite à la femme comment allait son fils et comment s'était passée son opération. La dame répond à la question de l'intervenante en lui donnant quelques détails. Les deux femmes amorcent ensuite une discussion sur le prix des équipements qui ne cessent d'augmenter. Les soins se font ensuite en silence, pendant un certain moment. A quelques reprises, l'intervenante demande à la femme de faire certains mouvements tels étirer les jambes ou se lever les bras.

Après un moment de silence, l'intervenante demande à la cliente comment vont ses transferts de chaise. Celle-ci lui répond que tout va bien et le silence s'installe à nouveau pendant les soins.

L'épisode du bain se termine au bout de trente minutes lorsque l'ASSS demande à la dame si elle souhaite autre chose. Les deux femmes sortent ensuite de la salle de bain et se dirigent vers la chambre. Tout comme pendant l'épisode du bain, ce moment est marqué par des commentaires de socialisation, émis par les deux femmes, par une discussion sur l'équipement et par certaines questions posées par l'intervenante, dans le but de jauger l'état physique et mental de la cliente.

Troisième temps : Le départ de l'intervenante.

La clôture de la rencontre ne peut ici être prise en considération puisque la cliente, après s'être habillée, s'est installée dans le salon afin de répondre à mes questions. J'entame la conversation avec la cliente alors que l'ASSS s'affaire dans la maison tout en préparant son départ. Elle demeure quelque temps puis annonce son départ : «*Tout est beau? Bonne fin de journée et à bientôt*». La cliente lui répond simplement : «*Au revoir Monique. Merci et à la semaine prochaine*». Puis l'auxiliaire s'en va.

4.1.3.3 Apports de l'entretien avec la cliente

Ce sont surtout les commentaires fournis par la cliente lors de l'entretien post-intervention qui nous révèlent le type de lien et de relation qu'elle a élaborés avec l'ASSS et les autres intervenants qui la visitent à domicile. Comme elle nous l'a d'abord affirmé: «*Le service à domicile, ce n'est pas comme aller chez le médecin, ça c'est certain*». Pour la cliente, l'intimité, découlant du type de soin procuré, demande l'établissement d'une confiance mutuelle qui fut longue à bâtir, mais qui s'est construite avec le temps et l'acceptation:

On entre dans une intimité dans un domaine très privé. Il faut faire confiance. Au début, ça me dérangeait un peu, maintenant ça m'est égal. Je suis passée par-dessus, quelqu'un me voit toute nue, je ne fais même plus attention. Alors qu'au tout début, j'étais très gênée.

La prise de conscience de la perte d'autonomie fut une période très difficile pour cette cliente qui nous raconte avoir eu beaucoup de mal à accepter sa dépendance, ce qui a entraîné une résistance à accepter l'aide et les services qui lui étaient offerts:

Au début je n'étais pas trop ouverte. Ça prend du temps avant de se résigner à dire qu'on n'est plus capable. Au début, ce sont mes enfants qui me rendaient des services [...] Ce que je cherchais, c'était quelqu'un qui ferait chaque geste à ma place, comme je l'aurais fait. Ce qui a été long aussi, - ça revient au même - c'est d'accepter que quelqu'un fasse les choses pour moi. Ce n'est pas évident quand tu es habitué d'être autonome et d'être très actif. C'est long et compliqué cette période-là. J'ai eu la même résistance quand j'ai commencé à recevoir de l'aide de l'ergothérapeute du CLSC. Les autres services sont venus progressivement.

Même si elle fait référence à leur façon d'accomplir les tâches, la venue des ASSS n'est pas seulement perçue par la cliente comme l'effectuation d'un service technique puisque le lien qu'elle a établi avec Monique et l'autre ASSS repose sur des bases de nature personnelle. La description qu'elle nous fait des intervenantes, perçues en fonction de leurs caractéristiques personnelles (**identité personnelle**) et non comme des travailleuses du CLSC (**identité professionnelle**), nous le montre bien :

Celle qui vient le lundi, elle n'a pas plus 30 ans. C'est une jeune femme très dynamique qui fait de la moto, qui fait du ski, qui suit des cours et qui me raconte ce qu'elle fait. Ça ne me concerne pas, mais je trouve ça agréable. Elle est plus «bing bang bang» que Monique mais c'est une personne très positive. Elle est gentille et dévouée. La jeune, elle n'a pas du tout le même caractère, elle est bien différente, mais je sens que je peux lui demander n'importe quoi aussi.

L'interaction qui a lieu lors des rencontres lui apparaît aussi important, sinon plus, que la tâche pratique accomplie (**dimension relationnelle de l'intervention**) :

C'est plus que recevoir des services quand elles viennent, c'est comme de la visite un peu. En fait, je n'apprécie pas seulement la régularité de Monique, j'apprécie que quelqu'un comme Monique vienne à chaque semaine. C'est la même chose pour l'autre auxiliaire. C'est de la visite de personnes qui sont intéressantes. C'est très important pour moi, autant que la douche, sinon plus.

Ce sont les discussions de nature plus personnelles, sortant du cadre formel de l'intervention, qui, selon elle, «*rendent la chose agréable*» (**dimension personnelle du lien, échange par le don symbolique**):

C'est une relation personnelle qui se crée entre nous, même si ça ne dure pas longtemps. C'est le fait de parler avec quelqu'un qui semble s'intéresser à ce que je lui dis et qui s'intéresse à qui je suis, mais qui me parle d'elle aussi. Elles [les auxiliaires] sont assez gentilles pour me parler de toutes sortes de choses et c'est ça que je trouve agréable, de ne pas être centrée sur mes problèmes. Si j'en ai, j'en parle, elles m'en parlent et on s'en parle, mais ce n'est pas le point majeur. Je vais leur dire que je suis allée voir tel spectacle, elles vont me dire si elles sont allées en voir. J'achète des livres, je leur montre. Elles me parlent des livres qu'elles lisent.

Le type de relation établi avec l'ergothérapeute suggère que la fréquence des visites, mais aussi la régularité du personnel ont une influence sur la relation : «*L'ergothérapeute, je la vois peu souvent, mais depuis longtemps. On se connaît depuis une douzaine d'années. Je sais que je peux compter sur elle. Ce n'est pas la même relation qu'avec les auxiliaires parce que les rencontres sont moins régulières, mais c'est une relation agréable*».

Bien qu'elle accepte la venue d'autres ASSS, la cliente préfère la présence des deux auxiliaires qui lui sont formellement assignées puisqu'elle n'apprécie pas le changement de personnel et ce, pour deux raisons : le **bris de la routine** et l'**absence du lien qui donne à la rencontre un aspect plus mécanique**. Cette cliente mentionnera à plusieurs reprises qu'elle se sent moins à l'aise avec le personnel

qu'elle ne connaît pas puisqu'il faut chaque fois s'habituer à de nouvelles personnes et que le lien est moins fort.

Encore une fois, la dimension technique et l'aspect relationnel de l'intervention sont intimement reliés :

J'ai eu beaucoup de gens occasionnels. Je trouve ça dérangeant d'avoir quelqu'un de nouveau qui ne sait pas comment manipuler ma douche, quelqu'un que je ne connais pas, qui ne connaît pas mes habitudes. Les services, ce sont des choses pratiques, mais il y a aussi le point de vue personnel : c'est difficile d'avoir quelqu'un qui vient juste pour travailler, pour un temps limité et qui s'en va après. Ces personnes sont gentilles, mais on voit bien que je ne fais pas partie de leur vie. Je sais qu'ils font ce travail parce qu'ils doivent gagner leur vie, mais ce n'est pas très agréable. Mais les changements de personne, ça me dérange. C'est quand même mieux quand c'est toujours la même personne qui vient. Le pire, c'est quand c'est anonyme. Pour ces personnes, c'est le travail qui passe en premier, même si c'est gentiment fait.

La relation élaborée dans le temps est mentionnée par cette cliente comme un élément important de l'intimité du lien : *«Peut-être qu'à la longue on pourrait développer quelque chose. Vous savez, quand on voit quelqu'un juste une fois, on n'a pas grand-chose à lui dire hein? Et elle non plus. Elle a une retenue elle aussi, je suppose».*

Elle souligne qu'elle apprécie que Monique l'avertisse quand elle se fait remplacer : *«Je suis contente que Monique prenne le temps de m'avertir, ça me permet de me préparer et je ne reste pas surprise quand la personne que je ne connais pas arrive chez moi. Je sais au moins que Monique est en congé. Je sais qu'elle va revenir donc, ça s'accepte un peu mieux».*

Le lien qui s'établit avec certains auxiliaires crée un attachement qui va au-delà de la relation professionnel-client puisque la fin de la relation (retraite, promotion, etc.) entraîne un sentiment de perte voir même un certain processus de deuil :

Monique, je ne l'ai pas eue tout de suite. Il y avait quelqu'un d'autre avec qui je m'entendais très bien, mais qui a eu une promotion. Ça fait partie de la vie, je sais, mais c'est dérangeant. On finit par s'attacher et on sait que ces personnes, on ne les verra plus. Et on s'était habituée à leur présence, à leur personnalité. C'est difficile. On doit faire un petit deuil.

4.1.3.4 Résumé analytique du cas numéro 3

Le cas numéro 3 se démarque par les nombreuses attentions de l'intervenante à l'égard de la cliente. La dynamique qui prévalait entre les deux femmes nous indique que les actes sont inscrits dans la routine et que la cliente et l'intervenante détiennent chacune un part de pouvoir sur la relation et dans les interactions. Les échanges de parole qui ont lieu entre les deux femmes pendant l'épisode de service relèvent d'échanges opérationnels de co-action (mise en place d'une collaboration mutuellement coordonnée directement liée à la dispense des soins); d'échanges méta-opérationnels, plus distants avec l'acte de soins mais permettant à l'intervenante de jauger la condition physique et psychologique de la cliente et d'échanges interstitiels qui favorisent le maintien du lien social (boucle d'oreille perdue, euthanasie d'un chat, opération du fils de la cliente). Les attentions de l'intervenante se révèlent surtout à travers les échanges opérationnels de co-action où elle valide sans cesse, avec la cliente, si les actes posés sont adéquats et s'ils correspondent à ses attentes. L'utilisation de l'humour chez l'intervenante aura pour fonction d'adoucir, aux yeux de la cliente, certaines demandes qui lui paraissent abusives. Nous notons, à quelques

reprises, une confirmation réciproque de la règle relationnelle qui repose sur le respect mutuel.

4.1.4 Cas 4 : L'infirmière pour la mère, les services pour le fils

4.1.4.1 Informations provenant de l'intervenante avant l'observation

Je rencontre Nadia, infirmière pivot d'origine roumaine, à son bureau au CLSC, 45 minutes avant l'intervention. Je l'accompagnerai dans deux visites consécutives. Elle me demande tout d'abord des informations sur ma recherche et se montre très intéressée. Elle mentionne qu'il est très important de prendre en compte la dimension pluriethnique de leur travail puisqu'on l'aborde trop peu souvent et qu'elle comporte des particularités qui valent la peine d'être étudiées : *«On ne parle pas assez de ça. Dans mon secteur, j'ai plusieurs clients juifs ou québécois, mais c'est aussi très multiethnique et les immigrants âgés, il y en a certains qui sont très vulnérables, il faut s'occuper d'eux.»*. Nous verrons que pour cette intervenante, la vulnérabilité des clients est un facteur qui fait en sorte que l'on doit «s'occuper d'eux» de façon particulière.

Voici les renseignements factuels qu'elle me donne au sujet de la première cliente que nous rencontrerons: Nous nous rendrons chez une dame âgée de 76 ans, originaire du Sri-Lanka, qui vit seule dans un petit appartement insalubre et qui est en attente de placement en raison de sa condition socio-économique précaire. Arrivée au Québec depuis six ans elle était parrainée par son fils qui vit maintenant à New-York où il travaille. L'infirmière n'a jamais rencontré le fils, mais elle lui a parlé au téléphone à quelques occasions : *«Il vient à Montréal de temps en temps. J'ai son téléphone à New York et parfois, je lui parle s'il y a quelque chose, comme quand on*

a fait la demande d'hébergement. Et de temps en temps, il m'appelle ou appelle la travailleuse sociale pour voir où en est la demande. C'est lui qui m'appelle ou c'est moi quand il y a quelque chose d'urgent». Elle mentionne cependant qu'elle a appris par la cliente, que son fils était à Montréal pour quelques jours et qu'elle en profiterait pour lui téléphoner.

Elle ajoute que cette dame est suivie par le soutien à domicile depuis 2007 après avoir été référée par l'Hôpital juif (décembre 2006) pour une demande de suivi en physiothérapie. Suite à une hospitalisation, causée par une chute, on aura diagnostiqué de l'hypertension, du diabète et de l'ostéoarthrite. Une physiothérapeute et une ergothérapeute se sont rendues au domicile de la cliente, lors d'une première visite, dans le but de faire une évaluation de l'environnement et assurer sa sécurité dans son lieu de vie. L'isolement de la femme, ses faibles conditions socio-économiques ainsi que son état de santé précaire ont fait en sorte que plusieurs membres de l'équipe se sont retrouvés impliqués dans le dossier :

Toute l'équipe est sur le cas de cette dame : un TS, une ergo, une physio, une infirmière. On veut tous tellement l'aider. Et elle a vraiment besoin d'aide. Si on pense en termes de gestionnaires, on pourrait dire qu'au CLSC, on a des fonds disponibles pour cette cliente.

Elle m'indique ensuite que la cliente reçoit de l'aide sociale mais qu'en raison de son statut migratoire (parrainée), les démarches sont lentes et la bureaucratie très lourde. Afin de lui assurer des services, l'infirmière entre fréquemment en contact avec son agent désigné à l'aide sociale : *«La dame n'a pas d'argent pour se payer une barre d'appui. Mais si elle n'en a pas, elle se met à risque. Son agent au bien-être social me dit qu'elle a besoin d'une ordonnance médicale pour sa barre, mais elle n'a pas de médecin de famille. La bureaucratie est vraiment très lourde».* Elle ajoute : *«Il faut se battre pour cette dame. Elle a vraiment besoin de nous».*

L'infirmière évoque ensuite les conditions difficiles dans lesquelles se retrouve cette cliente et mentionne les nombreux efforts déployés pour fournir des services à cette dame:

Elle doit monter plusieurs marches pour aller chez elle, il n'y a pas d'ascenseur. J'ai organisé un service de SARPAD⁹⁵. Ce matin, en venant au CLSC, je suis arrêtée enregistrer la cliente [prendre rendez-vous pour la cliente] à la clinique. SARPAD l'a amenée à la clinique. J'ai déjà demandé pour elle le transport adapté, mais la première demande a été refusée parce que l'on n'avait que le diagnostic de la physio et de l'ergo et que ça prenait un diagnostic médical. Quatre mois plus tard, j'ai finalement obtenu le service adapté pour elle, mais le chauffeur ne monte pas pour aller chercher les gens. C'est pourquoi j'ai fait appel aux bénévoles du SARPAD. Ça a été long et compliqué, mais au moins elle a obtenu des services.

Elle ajoute que la cliente obtient des subventions pour son loyer mais qu'elle n'a «pas d'argent pour payer sa nourriture» et qu'elle «ne veut pas faire affaire avec la banque alimentaire». Afin qu'elle puisse subvenir à ses besoins, elle me dit : «On lui fournit des paniers de Noël et elle reçoit un chèque de la Gazette».

L'infirmière me dit que cette cliente est très méfiante, qu'elle ne parle pas français, que son anglais est minimal: «Elle sait lire un peu, elle est capable de reconnaître les numéros de téléphone. Elle m'appelle des fois, mais elle n'aime pas parler au téléphone». Elle ajoute que c'est une voisine qui lui permet de communiquer avec elle lorsqu'elle doit avoir des discussions plus élaborées. La **méconnaissance de la**

⁹⁵ Services d'Accompagnement et de Répit aux Personnes Âgées à Domicile. Le Centre de bénévolat SARPAD est un organisme à but non lucratif au service des personnes âgées de 55 ans et plus vivant à domicile ou en résidence et au service des aidants naturels qui ont la responsabilité d'une personne âgée ou handicapée. Ce Centre offre le service de voiture, l'accompagnement aux rendez-vous et des bénévoles s'occupent d'aller chercher et reconduire les clients dans leur domicile [<http://www.sarpad.com>].

langue, du système et de son fonctionnement sont encore des gros obstacles pour cette dame, bien que les services et les ressources déployées, ainsi que les enseignements et les informations fournies par l'infirmière et les autres intervenants du CLSC aient favorisé une certaine autonomie chez la femme tout en diminuant ses craintes et sa méfiance :

Maintenant, c'est elle qui m'appelle des fois pour me dire qu'elle ne se sent pas bien, quand elle a des questions, quand elle ne comprend pas ou que quelque chose ne va pas. C'est un gros progrès parce qu'elle avait peur d'appeler. Je lui ai laissé la feuille écrite, je lui ai montré comment faire le numéro de poste et laisser un message. Ce sont des gens qui viennent d'ailleurs et qui ne sont pas habitués à faire ça.

L'intervenante me parle ensuite des **rôles** qu'elle joue auprès de cette cliente. On remarque que ceux-ci sont multiples (**personne ressource, pivot, infirmière, «famille»**) :

Je suis sa personne ressource. Mon rôle, c'est parfois celui de l'intervenante pivot et parfois celui de l'infirmière. Mais on joue aussi un petit peu le rôle de la famille dans son cas. Ça m'arrive, des fois, de parler avec le concierge. Je suis aussi en contact avec sa voisine qui fait son ménage et lui fournit de la nourriture.

Elle mentionne l'attachement qu'elle a pour cette dame : «*Cette cliente, je m'en occupe comme si j'étais sa fille, je l'aime beaucoup*». On peut ici remarquer l'expression «*je m'en occupe*».

Elle mentionne que son fils est intransigeant: qu'il veut de l'aide pour l'épicerie, qu'il veut que l'on trouve un logement à sa mère, qu'il ne veut défrayer aucun frais : «*C'est lui qui voulait que sa mère déménage et elle s'en va deux immeubles plus loin,*

au mois de mars. Elle n'aura plus les marches à monter, mais en même temps, elle perd sa voisine qui l'aidait beaucoup, pour la nourriture, pour le ménage». L'intervenant nous fait alors part des inquiétudes qu'elle a pour cette cliente : «Je ne sais pas ce qui va se passer. Sa voisine, c'est aussi une Sri-lankaise, est-ce qu'elle va continuer de l'aider? Mais en même temps, on ne peut pas se fier sur les voisins».

En raison de «ses conditions de vie très difficiles», elle ajoute que le meilleur moyen pour cette dame, est de lui trouver une ressource intermédiaire, même si elle n'est pas «un cas de placement» puisqu'elle est encore «assez autonome» : «La TS a fait la demande. Elle est sur une liste d'attente. Elle sera beaucoup mieux si elle est placée».

Alors que les suivis devraient s'effectuer mensuellement, l'infirmière mentionne y aller plus régulièrement en raison de la grande vulnérabilité de sa cliente :

Normalement, je devrais la voir une fois par mois parce que c'est un suivi diabétique et un suivi pour la pression et l'osculation de poumon. Mais ça dépend. Des fois, j'y vais plus souvent, juste pour voir comment elle va. J'y suis allée le 7 janvier, le 8, le 15, le 20, le 23, le 3 février, le 10 février. Mes visites sont plus fréquentes auprès de cette dame parce qu'elle est tellement démunie.

Elle nous mentionne les objectifs de la rencontre d'aujourd'hui : «J'y vais pour un suivi de santé. Je vais faire un examen physique rapide. Sa pression est plus haute que d'habitude. Je vais voir aussi si l'équipement que je lui ai commandé a été mis en place. Mais cette cliente déménage donc, si les équipements n'ont pas été installés, je vais les appeler pour qu'ils attendent».

Nous partons du CLSC pour nous rendre chez la cliente.

4.1.4.2 Déroulement de la rencontre

Premier temps de la rencontre: L'arrivée au domicile.

À notre arrivée dans l'appartement, la dame nous accueille discrètement en nous ouvrant la porte. L'infirmière la salue en anglais, employant un ton bienveillant et chaleureux. Après avoir enlevé nos souliers et notre manteau, nous nous rendons dans une minuscule pièce où se trouvent un lit, une télévision, un sofa, une petite table et une chaise. Des représentations de déités hindoues tapissent le mur.

À la grande surprise de l'intervenante, le fils est présent. C'est la première fois qu'elle le rencontre. L'infirmière s'adresse à lui en disant d'une voix enjouée et dynamique : «*You are here! I'm glad to see you!*» L'homme répond en esquissant un bref sourire et en hochant la tête.

Deuxième temps de la rencontre : L'intervention

Temps a) L'introduction

La cliente s'assoit sur le lit, à droite de son fils, alors que la télévision demeure allumée. L'infirmière s'assoit sur la chaise, en face de la dame, ce qui me donne l'opportunité de m'asseoir en retrait, sur le sofa. Ma présence aura été très discrète dans cette intervention puisqu'aucune des parties ne s'est adressée à moi pendant la rencontre. La discussion se passe en anglais entre l'infirmière et le fils et entre l'infirmière et la cliente. Quant au fils et à la mère, ils se parlent en langue tamoul.

L'infirmière s'adresse d'abord à l'homme en lui disant que le CLSC essaie de les aider de façon accrue : «*We try to help you more. We try to give you more services, for your mother*». Ne recevant aucun commentaire de sa part, elle se tourne vers la cliente et s'adresse à elle en employant un ton doux, en parlant lentement et en la regardant directement dans les yeux : «*How are you? I'm glad to see you. Your son has the same eyes than yours*». Ce qui fait sourire la cliente, sans qu'elle ne réponde à la question de l'intervenante. Il est possible de noter dans cette séquence, que les propos de l'infirmière, lorsqu'ils sont adressés au fils, se situent au niveau du contenu (tout en comportant une dimension relationnelle «*we try to help you*») alors que les propos adressés à la cliente sont strictement de nature relationnelle.

Temps b) Les services du SARPAD

J'assiste ensuite à une discussion animée entre l'intervenante et le fils concernant les services du SARPAD. L'infirmière, après s'être entretenue avec lui, prend soin de résumer ses explications à la cliente en lui donnant des dépliants tout en lui rappelant qu'elle lui a déjà donné ces papiers. A ce moment, l'intervenante prend la main de la cliente et lui adresse un regard empreint de douceur. La cliente, s'adressant à son fils et à l'infirmière, affirme en langue anglaise, de façon brève, que son nouvel appartement sera situé au premier étage, ce qui sera plus facile pour elle. Le fils regarde l'infirmière et affirme qu'il apprécie les services du SARPAD : «*That's a good thing. Volunteers. I appreciate that. SARPAD volunteers. We don't have to pay*». La cliente parle peu, elle regarde surtout les papiers que lui a donnés l'infirmière.

Temps c) Les services de la Grande Vadrouille⁹⁶

L'intervenante aborde ensuite les services qui sont offerts par la Grande Vadrouille. Elle s'adresse à la cliente en parlant très lentement. Elle s'adresse ensuite au fils pour lui répéter les informations, tout en lui donnant un dépliant qui décrit les services offerts par l'organisme. Celui-ci confirme que quelqu'un fait le ménage pour sa mère et qu'elle n'a pas besoin de ces services s'il faut payer. L'intervenante tente de valider avec la cliente que c'est sa voisine qui fait l'entretien ménager mais c'est le fils qui répond : «*Yes, my mother cannot clean*». L'intervenante lui demande s'il est intéressé à ce que sa mère reçoive les services de la Grande Vadrouille : «*I can register you*». S'ensuit une discussion entre l'infirmière et l'homme, concernant la non-gratuité de ces services et l'impossibilité pour la femme et le fils de défrayer les coûts. L'infirmière clôt cette séquence en affirmant qu'elle voudrait pouvoir offrir les services gratuitement, mais qu'elle ne peut le faire. Faisant fi du refus catégorique du fils, elle demande à la cliente d'y penser et qu'elle vérifiera avec elle la prochaine fois. La femme demeure en retrait pendant cette conversation.

Temps d) Les recommandations

Donnant un autre dépliant à la cliente, l'infirmière s'adresse directement à elle en lui faisant certaines recommandations concernant les façons de contrer la haute pression : réduire le sel, manger plus de fruits, plus de légumes, faire des exercices. Elle lui fournit un autre document qui décrit les exercices à faire tout en montrant certains mouvements qui pourraient améliorer sa condition physique. Une longue discussion en langue tamoul a ensuite lieu entre le fils et la mère. L'infirmière interrompt cette conversation en leur demandant si ce qu'elle vient de dire a été bien compris et bien

⁹⁶ Organisme à but non lucratif qui offre des services d'entretien ménager aux aînés.

entendu. Le fils répond à l'intervenante que sa mère ne peut faire ces exercices à la maison, qu'il lui faut aller dans un centre. L'infirmière ne réplique pas et aborde un nouveau sujet.

Temps e) La barre de bain

L'infirmière mentionne à la cliente l'importance de se procurer une barre de bain. Suite à ces propos, le fils s'informe, pose des questions tout en affirmant que le CLSC peut lui fournir cette barre de bain. L'intervenante lui explique qu'elle ne sera pas installée dans cet appartement puisque sa mère déménage bientôt. Le fils rétorque qu'il appellera quand sa mère aura déménagé pour donner le nouveau numéro d'appartement.

Temps f) Piqûre et prise de pression

L'infirmière sort de son sac certains instruments pour administrer une piqûre à la cliente. Cet épisode se déroule sans échange de parole, alors que le fils observe l'intervenante. Celle-ci rompt le silence en demandant à la cliente si elle mesure son sucre. Le fils se lève, sort de la pièce. On peut remarquer, à ce moment, que la relation prend une tournure beaucoup plus personnelle et que la communication se fait de façon plus fluide entre les deux femmes: la cliente répond aux questions qui lui sont posées alors qu'en présence du fils, c'est celui-ci qui répond à la majorité des interrogations et prend les décisions.

Le fils revient dans la chambre et examine les papiers qui ont été distribués à sa mère. Sa présence se fait plus discrète pendant cet épisode et les deux femmes ne lui prêtent pas attention.

En mesurant le taux d'oxygène, l'infirmière lance des encouragements à la patiente lorsqu'elle lui donne les résultats : «*Your oxygen is very good! Better than me!*». L'homme coupe en mentionnant que sa mère n'a pas pris sa médication pour la journée. La cliente parle en tamoul avec son fils. Cette discussion n'est pas traduite à l'infirmière qui répond toutefois : «*It's important to take them in the morning*».

S'ensuit la prise de pouls et de pression lesquelles sont encore suivies d'encouragements provenant de l'infirmière : «*92, it's regular 134/70, much better than last time. Much better, much better, much better, much better. Very good! Very good!*» La femme lui sourit tout en conservant une attitude réservée.

Temps g) L'agenda de la cliente pendant l'examen

La cliente s'adresse soudain à l'intervenante pour lui signifier, en anglais, qu'elle a des maux de tête fréquents : «*My head, it hurts, often*». Le fils intervient et dit à l'infirmière : «*All the time she sleeps. Not enough exercices. She has to do some exercices but not in the house. In a special center. It is better for her*». L'infirmière ne commente pas ses propos et un silence s'installe dans la pièce.

Alors que le fils consulte les dépliants, l'infirmière écoute les poumons de la cliente en lui affirmant que ses poumons sont en santé : «*Your lungs are clean*». Elle recommande à la femme de bien s'hydrater, toujours dans un langage simple et bref : «*Hydrate well*». Elle répète au fils ce qu'elle vient de dire.

La femme avance qu'elle tousse fréquemment. L'intervenante lui dit de ne pas hésiter à appeler si elle constate des changements et lui rappelle de prendre sa médication en matinée. L'infirmière clôt ensuite son examen en faisant un retour sur l'état de santé de la femme. Regardant la cliente dans les yeux, elle lui rappelle que son oxygène, son pouls et sa pression sont bons. Elle s'approche ensuite d'elle, lui touche le genou et lui dit, d'une voix douce et calme que le plus important pour elle est de relaxer. L'intervenante ne tient pas compte à ce moment de la présence du fils.

Temps h) L'agenda du fils

Le fils s'insère ensuite dans la conversation et parle directement à l'intervenante. Il lui affirme que sa mère ne peut avoir de chirurgie cardiaque et que de toute façon, elle n'en veut pas. L'infirmière lui répond que la prochaine fois, elle lui amènera des papiers. L'homme mentionne à nouveau la possibilité d'augmenter les services, ce à quoi l'infirmière répond que le CLSC fait son possible pour offrir le plus de choses à sa mère. Elle clôt l'échange en rappelant au fils de réfléchir concernant l'offre de services d'entretien ménager.

Temps i) Retour sur la visite

L'infirmière s'adresse ensuite à la cliente en lui parlant très doucement, pour rappeler certaines consignes : conseils sur l'alimentation afin d'éviter l'irritation de l'estomac, conseils concernant la tenue de quelques exercices. Elle regarde ensuite le fils et résume ce qu'elle vient de dire: «*For your mother, good food, exercices, less salt*».

L'intervenante porte à nouveau son regard vers la cliente, lui retouche le genou et s'adresse à elle en employant un ton chaleureux : «*I'm very glad to see you. Don't hesitate to call me*». Adoptant un ton de voix plus neutre, elle s'adresse ensuite au fils en disant qu'elle verrait ce qu'elle pourrait faire pour la barre de bain dans l'appartement. Elle ajoute : «*Call me if you see some changes*».

Adoptant à nouveau un ton plus doux, l'infirmière rappelle à la cliente qu'elle est sur une liste pour avoir accès à une résidence semi-autonome. Le fils l'interrompt pour avoir des détails à ce sujet. C'est sa mère qui lui répond : «*Senior home with some help*». Ce à quoi l'infirmière renchérit : «*Waiting list*». Le fils demande combien de temps cela prendra. L'intervenante lui répond qu'elle ne sait pas, mais qu'il est possible que sa mère doive attendre deux ou trois ans. La cliente affirme à ce moment : «*With more services, I can manage*». L'infirmière la regarde dans les yeux et lui répond : «*More services. Your social worker is working on that. We try to help you as much as we can*».

Troisième temps de l'entrevue : Clôture de la rencontre

C'est le fils qui annonce la fin de l'entretien en disant à l'infirmière : «*Thank you for the visit*». L'infirmière lui sourit, prend la main de la dame et la salue. Nous nous levons, mettons nos manteaux, nos bottes. La dame vient nous reconduire à la porte et nous salue selon la tradition indienne : «*Namaste*»⁹⁷.

⁹⁷ Nous n'avons pas, dans ce cas, procédé à une entrevue avec la cliente et avec le fils puisque nous accompagnions l'infirmière à la visite suivante.

4.1.4.3 Apports de l'entretien avec l'intervenante

L'entrevue fournie par l'intervenante nous a permis de pousser plus loin notre analyse puisque les commentaires que nous avons obtenus de sa part, lors de l'entretien post-intervention, nous révèlent qu'elle a transformé les objectifs de sa rencontre en raison de la présence du fils. Elle mentionne qu'elle ne le considère pas comme une personne facile mais que sa présence était tout de même souhaitable puisqu'il a été mis au courant des services qui peuvent être offerts à sa mère et qu'il pourra en discuter avec elle : *«J'étais contente qu'il soit là, même s'il est exigeant. Je sais qu'il écoute et il pourra répéter à sa mère ce que je lui ai dit. C'est rassurant pour ma cliente et pour moi»*. Soulevant brièvement la difficulté d'établir une relation avec lui en raison de l'attitude qu'il avait à son égard, elle souligne qu'elle préfère mettre l'emphase sur le but qu'ils ont en commun soit, le bien-être de la cliente :

Même si ce n'est pas facile pour moi de parler avec lui, c'est le bien-être de ma cliente qui me préoccupe. Je pense toujours pour le mieux et pour elle, c'était mieux que le fils soit là. Lui, il vit loin d'elle et il veut ce qu'il y a de mieux pour sa mère. La situation n'est pas facile pour elle et il fait des pressions pour qu'elle ait plus de services.

Elle mentionne cependant qu'il est impossible de respecter certaines demandes lorsque celles-ci outrepassent la disponibilité des ressources, les limites personnelles des intervenants ou lorsqu'elles sont dangereuses pour la sécurité du personnel. Elle souligne à cet effet que la cliente que nous avons visitée a refusé les services de bain parce que la manière de procéder, fidèle au protocole du CLSC, ne correspond pas à ses attentes personnelles :

Elle ne voulait rien savoir de la douche téléphone. Elle voulait qu'on la lave à sa manière à elle, avec un seau et tout. Mais nous, on a des règles à respecter.

On ne lui a pas offert le service. Dans des cas comme ça, c'est important de respecter le protocole, même si ce n'est pas nécessairement pour le bénéfice du client. Pour moi, la sécurité du client est importante mais celle des auxiliaires aussi.

On note ici que l'infirmière ne fait pas référence, de façon directe, à des différences ethnoculturelles (pratiques spécifiques par exemple) qui pourraient expliquer certains comportements de la cliente, mais qu'elle se réfère plutôt au respect du protocole en vigueur au CLSC. Elle nous dit qu'elle se sent aussi responsable des intervenants qui travaillent dans son équipe. Quant à l'existence d'une certaine barrière linguistique, elle nous dira que celle-ci n'a pas vraiment d'impact dans ses interventions avec la cliente mais que des problèmes apparaissent avec les services qui lui sont offerts puisque les contacts avec les ressources de la communauté sont une grande source de stress pour la dame et que celle-ci préfère s'en passer :

Elle a refusé le service de la Grande Vadrouille parce qu'elle avait peur de parler avec la responsable. J'ai essayé de la convaincre à plusieurs reprises et je lui ai dit que si ça pouvait l'aider, je pourrais être là les premières fois. Elle m'a dit de laisser faire, qu'elle n'aimait pas répondre au téléphone ou qu'elle ne voulait pas toujours appeler sa voisine pour que le message soit clair. Elle a peur de se tromper parce qu'elle ne comprend pas bien. Elle se demande aussi pourquoi on l'appelle? Avec le transport adapté, je lui ai donné la feuille pour qu'elle sache quoi faire mais pour elle ce n'était pas clair.

4.1.4.4 Résumé analytique du cas numéro 4

La présence inattendue du fils aura modifié, dans le **cas numéro 4**, la dynamique interactionnelle entre l'intervenante et la cliente, ainsi que le plan d'intervention de l'infirmière puisque l'agenda de l'homme, qu'elle rencontrait pour la première fois, a

occupé une portion importante de la visite. La tentative de l'infirmière, pour établir une relation avec le fils («*You are here! I'm glad to see you!*») prononcé d'une voix enjouée et dynamique dès les premiers moments de la rencontre, n'aura pas créé de réaction chez lui, si ce n'est qu'un pâle sourire rapidement effacé. Une seconde tentative de l'infirmière («*We try to help you more. We try to give you more services, for your mother*») entraînera une réaction similaire, ce qui instaurera une certaine rigidité dans les échanges puisque l'intervenante entretiendra avec le fils, à partir de ce moment, une relation strictement fonctionnelle centrée sur un contenu informatif et technique. Tout le reste de l'entretien, elle réservera une attitude douce et joviale à la cliente alors qu'elle adoptera un ton neutre et une conduite distante avec le fils.

La suite des échanges entre l'homme et l'intervenante sera caractérisée par une symétrie dans les échanges et donnera l'impression de tourner en rond puisque leurs propos porteront sur des objectifs différents: pour l'infirmière, présenter des services qui pourraient être offerts moyennant une somme modique et faire certaines recommandations pour favoriser l'état de santé de la cliente; pour le fils, obtenir des services additionnels et gratuits pour sa mère. La séquence des échanges nous montre d'ailleurs que la structure de leurs interactions se caractérise par sa rigidité puisqu'elle les poussait chacun et chacune à demeurer sur leur position: l'infirmière rappelait la possibilité d'obtenir des services moyennant une certaine rémunération et le fils refusait ces derniers. La relation n'ayant pas été établie entre les deux protagonistes, le contenu du message fut disqualifié de part et d'autre. Se dessine ainsi entre l'infirmière et le fils une relation symétrique, établie d'un commun accord, de type utilitaire, dans laquelle la nature de la relation signifie pour l'homme : «*Vous êtes là pour offrir des services à ma mère, c'est votre territoire; je ne m'engagerai pas avec vous au plan interpersonnel. Donnez-lui les services dont elle a besoin*». L'infirmière aura accepté la définition de la relation telle que souhaitée par celui-ci et, après s'être ajustée, engagera le rapport suivant avec le fils : «*Je suis là pour votre*

mère, vous n'acceptez pas d'ouvrir au plan relationnel, je n'insiste pas, c'est pourquoi je demeurerai au niveau fonctionnel lorsque je m'adresserai à vous. Vous pouvez m'être utile à lui faire accepter les services».

L'interaction entre l'intervenante et la cliente nous montre un tout autre type de dynamique interactionnelle puisque les échanges entre les deux femmes révèlent une dynamique fort différente si l'on compare à celle qui prévalait entre l'infirmière et le fils. Bien que l'attitude de la cliente soit réservée tout au long de l'entretien, on remarque que celle-ci change de comportement lorsque l'infirmière s'adresse directement à elle. Les stratégies adoptées par l'intervenante pour entrer en contact avec la cliente (ton plus doux, débit plus lent, utilisation de plusieurs commentaires de socialisation) se démarquaient grandement des séquences interactionnelles qui avaient lieu entre l'infirmière et le fils. L'établissement d'un contact visuel était d'ailleurs très important entre les deux femmes puisque l'infirmière s'assurait de l'avoir établi avant de parler. Les touchers relationnels, c'est-à-dire ceux qui n'étaient pas reliés à l'examen physique étaient utilisés par l'infirmière lorsqu'elle souhaitait reconforter la cliente. L'attitude maternaliste adoptée par l'intervenante est révélatrice du rôle qu'elle se donne auprès de cette cliente qui est celui d'une prise en charge en raison de sa vulnérabilité: *«On veut tous tellement l'aider», « Elle a vraiment besoin d'aide», «Je m'en occupe comme si j'étais sa fille, je l'aime beaucoup», «On joue un petit peu le rôle de la famille dans son cas»*⁹⁸. La **nature de la relation** entre l'intervenant et la cliente, de type complémentaire, ne semblait pas présenter d'ambiguïté puisque la règle relationnelle instaurée semblait convenir aux deux: réserve pour la cliente, douceur, chaleur et attitude maternaliste pour l'intervenante qui, rappelons-le, a affirmé qu'elle s'occupait de cette femme comme sa fille l'aurait fait. Le temps, l'implication émotionnelle et les efforts fournis par l'infirmière pour

⁹⁸ Tel que mentionné dans l'entretien avec l'infirmière avant la rencontre.

cette dame nous montre qu'elle s'investit au niveau professionnel et personnel pour assurer le bien-être de sa cliente.

4.1.5 Cas 5 : Mais que faire avec ces pilules?

4.1.5.1 Informations provenant de l'intervenante avant l'observation

Lors de cette deuxième visite avec cette infirmière, nous nous rendrons chez une dame d'origine grecque et roumaine âgée de 96 ans, arrivée au Québec depuis 30 ans, vivant seule dans une maison cossue. L'intervenante me mentionne d'abord que cette cliente a des problèmes cognitifs, des problèmes de mobilité, qu'elle accepte très mal les services et qu'elle est très résistante à toute forme de changement. En plus d'une infirmière, une ergothérapeute, un travailleur social et des ASSS sont impliqués dans le dossier.

L'infirmière me raconte que cette cliente parle roumain, grec, français et anglais, mais qu'elle oublie graduellement ces dernières pour ne parler que le roumain, sa langue maternelle: *«Son père, d'origine grecque, vivait en Roumanie, c'est pour ça qu'elle parle le roumain. Des fois j'entre et je lui parle en français, d'autres fois en roumain. Ça dépend de son état. Des fois, elle ne me parle qu'en roumain. Elle ajoute que c'est son neveu qui prend soin d'elle : «Il s'implique beaucoup. Quand je vais la voir, il est presque toujours là. Quand ce n'est pas lui, il y a son beau-frère ou sa belle-fille. Je m'adresse à eux en anglais parce qu'ils ne comprennent pas d'autre langue. Ça fait plusieurs langues des fois!»*

L'origine du service remonte à une demande du médecin de famille à la suite d'une hospitalisation pour chute en 2007. Un suivi médical et une évaluation ont été

recommandés dans le but de s'assurer de la sécurité de la cliente dans son domicile. Une ergothérapeute et une infirmière ont été mandatées. Le refus de la cliente aura causé bien des soucis aux intervenants qui ont dû faire appel à différentes stratégies, voire même des stratégies coercitives, pour instaurer certains services :

Quand elle est sortie de l'hôpital, on lui offrait 20 heures de services par semaine pendant 30 jours. Elle n'en voulait pas. L'ergothérapeute s'est quand même rendue. Ce n'est pas éthique, mais des fois, on utilise tous les moyens possibles. On lui a dit : «Si vous aimez votre maison et que vous ne voulez pas vous retrouver en CHSLD, il faut faire des compromis». Suite à ça, la famille a fait des pressions et la cliente a fini par accepter que l'on pose des barres dans sa douche et qu'on installe un tapis dans sa salle de bain. Nous avons essayé de lui donner la douche puisque les chutes étaient dans la salle de bain. On a mis le service en place. Sauf qu'elle voulait que quelqu'un de la famille, son neveu ou son beau-frère soit présent et ce n'était pas possible puisqu'ils ne pouvaient pas être là. Finalement, elle a refusé.

L'infirmière visite cette cliente depuis deux ans, une fois par mois, pour un suivi de santé et de façon plus régulière si le neveu lui laisse un message ou si les ASSS dénotent un changement. Elle ajoute que les intervenants impliqués dans le dossier s'inquiètent pour elle puisque les conditions cognitives de la cliente se détériorent rapidement et qu'elle demeure très réticente à accepter les services qui lui sont offerts au grand désarroi des intervenants. On note ici les multiples tentatives de l'équipe du soutien à domicile qui prennent une tournure de nature interventionniste:

En novembre, elle a été vue à l'hôpital St-Mary's. Elle a coté 8/30 pour son mental. Dans son évaluation, c'était écrit : perte de mémoire, moins de concentration et perte cognitive. Elle a une cuisinière au gaz. On lui a installé un micro-ondes. On lui a dit : «Une auxiliaire viendra chaque jour vous réchauffer les plats que vous cuisine votre nièce». Elle n'a pas voulu. On a essayé de lui montrer comment fonctionne le micro-ondes, ça n'a pas fonctionné même si son neveu lui dit de l'utiliser. On lui a proposé les

services de la popote roulante, elle n'a pas aimé. Le neveu a fini par nous dire qu'on ne pouvait pas la forcer. Toute l'équipe, on attend qu'il y ait une nouvelle crise pour faire pression pour qu'elle accepte les services. Selon elle, le problème, c'est nous les intervenants. Elle dit qu'on veut l'envahir.

Elle mentionne qu'elle est attachée à cette cliente, qu'elle aimerait respecter ses décisions, mais que sa sécurité prime avant tout :

Je l'aime vraiment cette dame. Et des fois, on a des choix déchirants à faire. Parce que nous, on sait que la dame ne veut pas, mais que si elle ne le fait pas, il faudra la placer, et on sait qu'elle ne veut pas être placée. Elle pleure si on lui en parle. Mais en même temps, c'est sa sécurité, et des fois, c'est vraiment dangereux pour elle. Elle ne cote pas pour le CHSLD. C'est une madame qui a de l'argent. Mais la TS dans le dossier a fait une demande dans un centre public où sa sœur est placée. La famille a offert d'aller avec elle visiter des centres privés. Ils ont essayé mais ils disent que ça ne fonctionne pas. On va y aller avec l'aide de la famille, doucement, pour la convaincre.

Quant à la visite qui aura lieu aujourd'hui, l'infirmière me répond qu'elle fera un examen habituel, qu'elle tentera d'organiser la prise de médication et tout en essayant de la convaincre de recevoir de l'aide pour le bain :

Aujourd'hui, on va essayer d'organiser quelque chose qui fonctionne mieux. La cliente joue dans ses pilules, ce qui fait qu'elle ne prend pas les bons médicaments. Je vais faire une feuille pour les auxiliaires, je vais dresser un tableau : calcium, grand vert. Il faut qu'ils sachent qu'elle joue dans ses pilules et qu'elle les déplace de case. S'ils ne regardent pas comme il faut, ils lui donnent la mauvaise médication. Donc, je vais faire la demande pour un «dispill» [distributeur de pilules], je vais réorganiser ses pilules, je vais lui faire un bref examen physique et je vais essayer de la convaincre pour qu'elle accepte de l'aide pour le bain.

Elle ajoute que cette rencontre sortira de l'ordinaire puisque c'est la première fois qu'elle se retrouvera seule avec la cliente, le neveu, habituellement présent lors des visites, étant parti en vacances :

C'est une information de dernière minute que je n'avais pas. C'est la première fois que je serai seule avec elle. Mais je dois absolument y aller pour régler cette histoire de médicaments. J'attendrai le retour du neveu qui s'est absenté pour quelques jours pour changer la pharmacie pour un «dispill».

Nous arrivons devant une maison cossue dans le quartier Côte-des-Neiges.

4.1.5.2 Déroulement de la rencontre

Premier temps de l'entrevue : L'intervention

Temps a) Comment démêler ces pilules?

L'intervenante sonne à la porte et la cliente nous répond après quelques secondes. Bien que l'infirmière s'adresse à elle en français, la femme lui répond en roumain, faisant abstraction de ma présence. L'ensemble de la conversation se passera dans cette langue malgré plusieurs tentatives de l'intervenante de parler en français. A quelques reprises, l'infirmière me résumera leur conversation, tout en s'excusant de ne pouvoir parler en français avec la cliente.

Une fois que nous avons enlevé bottes et manteaux, la cliente se dirige dans la cuisine et entame une discussion sur les médicaments qu'elle doit prendre. L'ensemble de la rencontre tournera autour de ce sujet. Elle se dirige vers le comptoir et montre sa

médication à l'infirmière. Cette dernière prend une feuille et tente de faire un tableau pour aider la dame. L'interaction est constante entre les deux femmes alors que je demeure en retrait, assise à la table de la cuisine.

Pendant que l'infirmière dresse son tableau, la cliente sort de la cuisine et s'absente quelques minutes. L'intervenante m'explique que les auxiliaires ne peuvent savoir quelles sont les pilules à donner puisqu'elles ont été mélangées. La dame revient dans la cuisine en s'adressant à moi en langue roumaine. Ses propos me sont traduits par l'infirmière: *«Elle vous dit que son neveu est parti s'amuser au Mont-Tremblant en la laissant seule. Elle vous dit aussi qu'elle n'aime pas quand les auxiliaires viennent et qu'elle ne sait pas ce qu'on lui donne»*.

Temps b) La prise de pression... et les pilules...

L'intervenante fait ensuite asseoir la cliente afin de prendre sa pression. À ce moment, la dame pose des questions à l'infirmière qui me dit, après lui avoir répondu: *«Cette question de médicaments, ça l'énerve vraiment. Elle est dans tous ses états. Je dois vraiment la rassurer»*. Suite à la prise de pression, l'infirmière prend la main de la cliente et lui dit en français: *«Très bien, continuez les médicaments»*. La cliente se lève aussitôt et retourne au comptoir où se trouvent ses médicaments. L'intervenante la suit et répond à nouveau aux questionnements de la femme.

Temps c) Sécurité dans la salle de bain... et les pilules

L'infirmière me dit ensuite qu'elle doit aller dans la chambre de bain avec la dame pour regarder l'équipement qui s'y trouve et pour discuter d'une éventuelle pose de barre avec la cliente. Lorsque les deux femmes reviennent dans la cuisine, l'intervenante affirme que l'équipement est très bien organisé avec la chaise. La cliente se dirige une fois de plus vers le comptoir, l'intervenante la suit et la discussion sur les médicaments reprend à nouveau.

Le téléphone sonne. La femme répond en anglais et dit qu'il y a une Roumaine à la maison. L'intervenante regarde la cliente et lui dit : «*a nurse from CLSC*». La femme tend le combiné à l'infirmière. Celle-ci affirme à l'interlocuteur, en anglais: «*There is a big big problem with medication*». Je l'entends ensuite mentionner le nom du travailleur social. En raccrochant, l'intervenante me raconte que c'est la belle-fille de la cliente qui venait d'appeler. Celle-ci a offert à la dame d'aller passer quelques jours chez elle pendant l'absence du neveu mais elle a refusé. L'infirmière me souligne qu'elle se sent elle-même un peu démunie en raison de l'absence du neveu qui, habituellement l'aide beaucoup.

La cliente est toujours au comptoir et regarde ses médicaments. L'intervenante s'approche d'elle et lui dit, en français : «*On s'en reparle quand votre neveu revient du Mont-Tremblant*». S'ensuit une discussion entre les deux femmes concernant la couleur des pilules. L'intervenante continue à discuter avec la femme tout en mettant son manteau. Elle me montre le tableau qu'elle a fait pour les auxiliaires. Elle annonce ensuite à la cliente qu'elle s'en va, tout en lui caressant le bras.

Deuxième temps de l'entrevue : Rapide clôture... et les pilules

Alors que je me lève, la cliente s'adresse à moi en langue roumaine et c'est l'intervenante qui me traduit : *«Elle vous dit qu'elle est allée à une fête pour les personnes âgées. Elle vous dit encore que pendant qu'elle est seule, son neveu s'amuse»*. L'infirmière ne réplique pas. Elle est prête à partir. En se dirigeant vers la porte, la cliente continue de parler de ses médicaments et de la confusion qu'il y a eue avec les ASSS au niveau de la distribution. Dans l'embrasure de la porte, la femme continue de discuter de ce sujet avec l'infirmière. Cette dernière remercie la cliente, la salue et nous partons.

Commentaires de l'intervenante au sortir de l'intervention

L'intervenante me parle aussitôt de ses inquiétudes concernant cette cliente⁹⁹ :

On voit que pour elle, rien n'a été réglé aujourd'hui. Je vois l'état de la dame se détériorer. Aujourd'hui, je trouvais qu'elle était très confuse, elle semblait perdue. On la voyait errer dans la cuisine. En plus, elle ne «switche» plus en français comme elle pouvait le faire avant. Sa langue maternelle revient en force. On voit ça souvent, les personnes âgées oublient les langues secondes qu'elles ont apprises en vieillissant. Aujourd'hui, quand je lui parlais en français, elle me mentionnait à chaque fois de parler en roumain.

Avant de me quitter elle me dit qu'elle est préoccupée par l'histoire des médicaments :

⁹⁹ Elle s'adresse à moi en roumain jusqu'à temps que je lui fasse remarquer que je ne comprends pas cette langue.

Il faut vraiment régler ça. La cliente ne fait plus confiance à l'auxiliaire de l'agence privée qui s'est trompée. L'auxiliaire avait ouvert la même pilule - horizontale pour toute la semaine - plutôt que de donner la médication en prenant la colonne verticale!!! C'est terrible!!! Ça aurait pu être désastreux! La dame n'a plus confiance. En quelque part, je la comprends!!

4.1.5.3 Apports de l'entretien avec l'intervenante

L'entrevue post-intervention fournie par l'intervenante nous apprend que l'infirmière considère que la rencontre s'est bien passée malgré l'état de mécontentement de la cliente, lequel n'était pas relié à sa présence, mais plutôt à l'absence du neveu et à la confusion concernant la prise des médicaments. Elle aurait cependant préféré que le neveu soit présent pour l'aider à convaincre la cliente. Je lui mentionne qu'il n'avait pas été question de faire appel à des ASSS pour les services d'hygiène, même si elle m'avait affirmé, avant la rencontre que cette question faisait partie de son agenda. Elle m'explique qu'elle avait jugé bon de ne pas entamer ce sujet en raison de l'absence du neveu ainsi que des préoccupations de la cliente qui étaient autres cette journée-là : *«Je me suis contentée d'aller voir avec elle dans la salle de bain et quand on la regarde aller, elle est encore autonome. L'urgence n'était pas là. J'aborderai cette question avec elle une autre fois, quand elle sera moins anxieuse»*. Aborder le sujet du soin d'hygiène avec cette cliente est d'autant plus délicat, puisque le service mis en place antérieurement avait été refusé.

L'infirmière mentionne que de s'être retrouvée seule avec la femme aura toutefois été bénéfique au niveau relationnel puisque l'interaction s'est, pour la première fois, déroulée entre la cliente et l'intervenante plutôt qu'en présence d'une tierce personne. L'absence du neveu ne lui aura cependant pas permis d'aller très loin au niveau du contenu:

Aujourd'hui, elle était fâchée à cause de la dosette et à cause que son neveu était partie en vacances. Elle n'était pas fâchée parce que nous sommes venues. Donc, pour moi, ça c'est bien passé. Elle me connaissait bien et elle m'écoutait. Avec elle il n'y a pas eu de différence pour mon intervention, sauf que je n'ai pas pu aller aussi loin que si le neveu avait été là. Il nous aide beaucoup pour convaincre sa tante. Mais je pense que le fait d'être seule avec elle, ça m'a aidée un petit peu pour m'approcher d'elle.

Elle reconnaît qu'elle a plutôt tendance à interagir avec les proches-aidants lorsqu'ils sont présents, au détriment de la personne âgée : *«Quand le neveu est là, je discute beaucoup avec lui».*

Ses commentaires concernant la relation qu'elle a élaborée avec la cliente au fil du temps nous permet de mieux saisir la dynamique relationnelle entre les deux femmes : *«Je dois mentionner que cette dame est particulière, elle a un discours très collatéral: elle parle d'affaires, mais pas de rapports. C'est comme ça depuis le début. C'est ce qu'elle veut et nous, on s'ajuste».* L'élaboration du lien, quoique minimal, n'aura pas été simple avec cette cliente, mais la continuité des services avec cette même intervenante aura fini par donner un certain résultat:

Au départ, elle ne voulait même pas nous ouvrir! Il fallait que son neveu ou que son beau-frère soient présents pour qu'elle nous fasse entrer. Au début je restais plus de temps pour voir, pour la comprendre aussi, même s'il y avait quelqu'un de la famille qui était présent. Eux aussi voulaient voir ce qui se passait quand j'étais là. J'ai finalement réussi à créer un lien avec elle au fur et à mesure. Elle a commencé à me montrer tous les tableaux qu'elle a faits. C'était un indice que je développais quelque chose avec elle.

La cliente a aussi fait du progrès avec les autres intervenants impliqués dans le dossier puisqu'elle accepte maintenant qu'une auxiliaire aille à la maison pour vérifier la prise de médicaments. Le moindre changement au niveau du personnel ou le moindre problème engendrent cependant de la méfiance chez la cliente, ce qui

demande une **collaboration entre la famille, les intervenants et d'autres professionnels**¹⁰⁰ ainsi que des efforts constants pour bâtir et rebâtir une confiance qui demeure fragile en permanence :

Des auxiliaires doivent y aller du lundi au vendredi pour lui donner les médicaments de sa dosette. Au début, elle ne voulait pas ouvrir et ne répondait pas au téléphone quand c'était les auxiliaires qui l'appelaient. Les auxiliaires m'appelaient pour que je l'appelle, madame ne répondait pas. J'appelais son neveu. On a réussi avec la famille. Les auxiliaires y sont allés tous les jours, ça a fonctionné pendant trois semaines... À un moment, c'est une auxiliaire d'une agence qui est allée parce que l'auxiliaire habituelle était en vacances. Ça a été fini, elle ne voulait plus que des auxiliaires se présentent à son domicile. Il lui faut une constance à cette dame. Tout changement nous oblige à recommencer le processus à zéro.

Quant à l'avantage de parler la même langue que la cliente, l'infirmière me souligne «que c'est un plus» tout en mentionnant que le pairage linguistique n'est pas une pratique qui se fait de façon régulière au CLSC :

Ici, l'attribution de la clientèle fonctionne par territoire. Donc, c'est une coïncidence. Quand je me suis rendue chez elle, j'ai vu son nom et j'ai vu qu'elle était née en Roumanie. Je lui ai demandé si elle parlait encore roumain, c'est comme ça que je l'ai su. Je n'ai jamais eu une demande d'aller chez quelqu'un parce qu'il est Roumain et que je suis Roumaine. Mais oui ça peut être un avantage, même si ce n'est pas essentiel. Quand elle a de la difficulté à comprendre ce que je lui dis en anglais ou en français, son neveu

¹⁰⁰ Pour convaincre la dame d'utiliser la dosette (et ne plus prendre ses médicaments en bouteilles), l'infirmière avait fait appel à son médecin de famille, afin que celui-ci fasse des pressions: «Je sais que le médecin a plus d'autorité que moi sur elle alors, je l'ai contacté et tous les deux nous avons fait des pressions. Le médecin a donné l'ordonnance de mettre les médicaments dans une dosette. Moi, j'avais fait un schéma pour qu'elle comprenne comment l'utiliser, comme un petit calendrier, avec des couleurs différentes, pour qu'elle sache quoi prendre à chaque jour. C'est cette coopération qui nous a permis d'installer ce service».

me dit : «expliquez-lui en roumain». Et c'est ce que je fais pour m'assurer qu'elle comprend bien ce que je lui dis (avantage du pairage ethnolinguistique).

4.1.5.4 Résumé analytique du cas numéro 5

Le cas numéro 5, présente, comme dans le cas numéro 4, des données situationnelles qui ont transformé la nature de la relation puisque l'infirmière se retrouvait pour la première fois seule avec la cliente alors que le neveu est habituellement présent lors des rencontres. La dynamique interactionnelle qui prévaut dans cette rencontre se démarque par la rigidité de la relation et par l'attention mise sur le contenu informatif en raison de l'agenda de la cliente.

On remarque l'importance de la collaboration entre la famille et l'équipe du soutien à domicile dans ce cas. Les multiples tentatives des intervenants pour introduire des services chez cette cliente qui n'en souhaite pas soulèvent le caractère parfois intrusif que peut prendre l'intervention, au nom du bien-être et de la sécurité du client, tels que perçus par les professionnels.

Ce cas nous est apparu comme une intervention où la définition de la nature de la relation entre l'intervenante et la cliente ne semblait pas non plus présenter d'ambiguïté puisque la règle relationnelle, instaurée par la cliente, qui était celle de ne pas s'engager personnellement dans la relation tout en acceptant de recevoir le service était respectée par l'intervenante. L'infirmière, dans ce cas, aura fait preuve de souplesse en adaptant son propre agenda en fonction de celui de la cliente, lequel prévalait lors de cette rencontre. Cette souplesse de la part de l'intervenante aura permis à la relation d'atteindre un certain équilibre.

4.1.6 Cas 6 : De la visite... et des services.

4.1.6.1 Informations provenant de l'intervenante avant l'observation

Nous avons rencontré l'ergothérapeute à son bureau, au CLSC, 30 minutes avant la visite. Agée de 27 ans, l'intervenante, d'origine libanaise est ergothérapeute et travaille au soutien à domicile depuis deux ans.

Elle me signale qu'elle trouve la recherche intéressante puisqu'elle-même n'est pas née au Québec. Elle spécifie qu'elle se considère comme «une fille du monde» en raison de ses origines et de son parcours migratoire :

J'ai des origines libanaises par mes grands-parents. Ils ont quitté le Liban et là, mes deux parents sont nés en Afrique. Ma mère est née en Guinée et mon père au Sénégal. Moi, je suis née au Sénégal. Mais j'ai des origines libanaises et mon père a eu la nationalité française donc, du coup, je suis Française aussi. Et là, j'ai immigré au Canada. J'ai fait mes études ici, puis j'ai décidé de rester.

Elle mentionne que la multiethnicité du quartier est une des raisons pour laquelle elle a souhaité travailler dans ce secteur. Son vécu migratoire a influencé sa décision de travailler dans un milieu pluriethnique : «Ça me touchait beaucoup parce moi-même je pouvais comprendre c'est quoi "venir d'ailleurs". Et ça me permet de partager quelque chose de commun avec les clients».

L'ergothérapeute fournit des informations concernant l'intervention qui fera l'objet de l'observation. Elle me dit qu'elle agit aujourd'hui à titre d'intervenante pivot et que la rencontre consiste à faire un suivi annuel pour un client qui avait reçu des soins du CLSC suite à des problèmes cardiaques. L'intervenante ne l'aura rencontré qu'une

fois il y a un peu plus d'un an, afin d'évaluer les besoins de l'homme. La rencontre à laquelle nous assisterons sera la deuxième visite. On remarquera que la description qu'elle fait du client demeure très factuelle et est axée sur le fonctionnement des services offerts ainsi que sur la tâche prescrite :

J'ai repris le suivi d'une ergothérapeute qui suivait ce monsieur. Quand il y a des prêts d'équipement et que c'est des personnes âgées, en général, on ne ferme pas les dossiers et s'il n'y a pas de besoin immédiat, on fait des suivis chaque année. Des fois, c'est le client qui nous appelle mais, quand on n'a pas de nouvelles, on appelle pour être sûr que tout va bien. Je l'ai appelé pour voir comment il allait et il me dit qu'il avait besoin de moi. Aujourd'hui, j'assure un suivi, je fais une visite pour m'assurer que tout va bien.

L'ergothérapeute me donne ensuite des informations concernant l'homme chez qui nous nous rendrons. Elle me mentionne qu'il est d'origine turque, qu'il vit seul, qu'il s'exprime couramment en français, mais qu'il parle aussi arabe. Elle dit ne pas vraiment se rappeler de lui puisqu'elle ne l'a vu qu'une fois, il y a plus d'un an, et que le nombre élevé de clients qu'elle rencontre dans une année ne lui permet pas de se remémorer tous et chacun. Elle mentionne qu'elle parle arabe, cependant pas assez pour pouvoir discuter de manière fluide.

Nous nous rendons ensemble à l'appartement du client. Une fois rendues devant l'immeuble, une dame âgée, assise dans les escaliers, nous demande de l'aide pour se lever, pour transporter son sac et pour sortir de l'immeuble, ce que l'intervenante n'hésite pas à faire.

4.1.6.2 Déroulement de la rencontre

Premier temps de la rencontre : L'arrivée au domicile du client

Nous arrivons à l'appartement du client qui nous attend à sa porte et qui nous indique d'entrer. S'exprimant couramment en français, il nous dit bonjour, nous invite à enlever nos manteaux, ce que nous faisons tout en laissant nos souliers à la porte.

C'est le client qui introduit la conversation. En s'adressant à l'intervenante, il lui dit qu'il se rappelle de sa venue il y a un an : *«Je me rappelle de vous quand vous êtes venue la dernière fois. Un an et trois mois pour être précis. Je vous ai demandé si vous vouliez un café et vous m'avez répondu en arabe: « [phrase prononcée en arabe]».* Suite à ce commentaire, l'intervenante lui dit qu'il a une très bonne mémoire.

Après avoir mentionné à l'intervenante qu'elle pouvait prendre son temps, l'homme lui signale qu'il a perdu son numéro de téléphone et que c'est la raison pour laquelle il ne l'avait pas appelée. Celle-ci, encore dans l'entrée, lui dit qu'elle lui avait pourtant donné. L'homme se dirige alors vers un cahier et montre à la femme un numéro de téléphone et une adresse tout en demandant si cela correspond aux informations qu'elle lui avait données il y a un an. L'ergothérapeute lui indique que cette adresse correspond plutôt à une clinique et que ce n'est pas le CLSC. S'ensuit une discussion, toujours dans l'entrée, sur l'emplacement du CLSC, à savoir si celui-ci est situé proche d'une clinique médicale où il doit se rendre. L'intervenante lui répond de façon évasive, en lui affirmant qu'elle n'est pas certaine. Le client insiste sur la question mais l'ergothérapeute ne réplique pas. L'homme lui demande ensuite si elle pouvait le conduire à la clinique à la fin de la rencontre. Elle refuse en lui disant qu'elle ne possède pas de voiture, ce à quoi l'homme lui répond, en la

tutoyant : *«Ta voiture est en bas, chérie. Je viens de la voir. Je t'ai vue arriver de ma fenêtre»*. S'ensuit cette discussion entre l'homme et l'ergothérapeute:

- **Intervenante** : *Non, c'est sa voiture à elle.*
- **Client** : *Elle peut m'emmener.*
- **Intervenante** : *Elle ne retourne pas au CLSC. Mais de toute façon, c'est non, pour des raisons de sécurité on ne peut pas vous emmener.*

L'homme retourne ensuite à son questionnement de départ, demandant à nouveau à l'ergothérapeute où se situe la clinique où il doit se rendre. Celle-ci lui répond à nouveau qu'elle n'est pas certaine de l'emplacement. Le client lui répond : *«Ok. Je vais demander. Ne vous en faites pas. Surtout, ne vous en faites pas pour moi»*. L'intervenante lui demande alors s'il bénéficie du transport adapté et celui-ci lui réplique que c'est justement ce qu'il aimerait voir avec elle. Nous regardant toutes les deux, il se dirige dans le salon et nous invite à nous asseoir. Notons que jusqu'à cet épisode qui aura duré près de cinq minutes, nous nous trouvions dans l'entrée de l'appartement.

2^e temps de la rencontre : L'intervention.

Temps a) Cadrage de la rencontre, cadrage de la relation et amorce du questionnement

Avant de s'asseoir, l'intervenante demande au client de s'installer sur un divan, en face d'elle, afin qu'elle puisse le voir. Nous pouvons ici remarquer un **encadrement du positionnement dans l'espace** fait par l'intervenante. L'homme m'invite à m'asseoir en me disant de faire comme chez moi. L'intervenante le coupe pour cadrer l'entretien au niveau de son déroulement et définir la position que j'occuperai

(**cadrage de l'entretien au niveau de son déroulement**): *«On va juste vous expliquer comment ça va se passer. Elle, elle va rester en retrait. Elle va juste nous écouter parler et on va faire nos choses normalement. Je vous pose les questions, vous me répondez».*

Je fais la requête pour enregistrer la conversation. Le client me demande, de façon humoristique, s'il sera payé comptant pour sa participation à la recherche. L'intervenante réagit à ce commentaire en lui répliquant, sur un ton neutre, que sa participation était *«payante de gentillesse»*. Ce à quoi l'homme répond : *«OK. Comme on dit en français : "C'est vous la patronne"»*, indiquant de ce fait la reconnaissance d'une **asymétrie au niveau de la relation**. L'ergothérapeute réplique à ce moment: *«Mais on vous laisse le pouvoir quand même pour que vous gériez votre vie»*.

L'homme cherche ensuite à ouvrir une discussion sur la difficulté de vieillir mais ses propos sont rapidement occultés par l'intervenante qui l'interrompt de façon nette pour amorcer son questionnement. Nous vous livrons une séquence de cet épisode puisqu'il recèle, en grande partie, la dynamique de la rencontre :

- Client : *Ah! Le pouvoir de gérer ma vie. À mon âge, c'est fini.*
- **Intervenante** : *C'est vous qui nous enseignez des choses à votre âge. Ce n'est pas moi qui vais vous enseigner. OK. Avant de régler cette histoire de papier, je veux juste faire un petit retour au niveau santé. Comment ça va?*
- Client : *Il y a trois semaines je suis tombé. Je me suis foulé le pied.*
- **Intervenante** : *Vous êtes tombé comment?*
- Client : *J'ai glissé dans la neige.*
- **Intervenante** : *Vous avez chuté à l'extérieur...*
- Client : *Oui.*
- **Intervenante**: *OK. Vous aviez un rendez-vous?*
- Client : *J'allais chez le cardiologue...*
- **Intervenante** : *OK. Et là, qu'est-ce qui s'est passé?*

- Client : *Rien. Je suis allé à l'hôpital, je suis resté deux jours. On m'a dit : «Mon p'tit vieux, vous pouvez rentrer chez vous».*
- **Intervenante** : *Vous vous êtes foulé la cheville. C'est ça que vous me dites. Laquelle?*
- Client : *Celle-là. J'ai mis un bas en élastique.*
- **Intervenante** : *OK. Donc la cheville gauche.*
- Client : *Oui.*
- **Intervenante** : *Et là, comment vous la sentez? Ça va? Est-ce que vous trouvez que ça affecte votre mobilité quand vous marchez?*
- Client : *Bien entendu, c'est un peu difficile. Mais avec la vieillesse, ça pourra aller. Je me sens vieux vous savez.*
- **Intervenante** : *Vous aviez votre canne à l'extérieur avec vous? [...]*

Cette discussion est interrompue par une demande du client qui signifie à l'ergothérapeute qu'elle devait, aux dires de sa voisine et de son cardiologue, remplir des papiers afin qu'il obtienne le service de transport adapté. Cette demande avait été faite l'an dernier, lors de la visite, mais les services n'ont jamais été offerts, sans que personne n'en connaisse la raison.

Les thèmes abordés par la suite sont tous relatifs au questionnaire d'évaluation : vérification de la liste des médicaments à prendre (9), questionnements sur la façon de prendre les médicaments, questionnements sur la façon de se procurer les médicaments (à la pharmacie, en personne ou livraison), nom du médecin de famille, vérification de suivis avec des médecins spécialistes (ophtalmologiste, cardiologue), alimentation, sommeil, visites à la synagogue. Le client répond clairement aux questions de l'intervenante tout en cherchant toujours à entamer des discussions en lien avec certaines préoccupations ou inquiétudes. L'intervenante tiendra compte des commentaires de l'homme surtout lorsqu'ils sont en lien avec l'évaluation. Par exemple :

- Client : *Depuis que j'ai eu le «stroke», la tête n'est pas à sa place.*
- **Intervenante** : *Vous trouvez que des fois vous pouvez oublier?*

- Client : *Oh! Beaucoup de fois! Pas des fois, beaucoup de fois.*
- **Intervenante** : *C'est quel genre d'oubli?*
- Client : *Je vais chez IGA et qu'est-ce que je suis venu acheter, je me le demande : «Qu'est-ce que tu es venu acheter? Ah! Du fromage». Je prends le fromage mais il y a autre chose et j'ai oublié. J'arrive ici et je me rappelle. C'était de la farine ou bien autre chose.*
- **Intervenante** : *Pourquoi vous ne faites pas une liste avant de partir?*
- Client : *Une liste? C'est ce que j'ai commencé à faire.*
- **Intervenante** : *OK. Ça vous aide?*
- Client : *Oui, beaucoup.*
- **Intervenante** : *Est-ce que vous cuisinez?*
- Client : *Moi, qu'elle repose en paix ma mère... Lorsqu'elle commençait à devenir âgée, elle n'arrivait plus et elle m'a appris à cuisiner. Alors c'est moi qui cuisine maintenant, pour moi. N'oubliez pas qu'être seul entre quatre murs il faut faire quelque chose parce que sinon on va devenir fou. Vous savez comment on dit «fou» en arabe? «[Majnun]»...*
- **Intervenante** : *Majnun (petit rire). C'est vrai. (Silence) OK. Cuisiner, ça vous garde occupé. C'est bien. OK. Est-ce que ça vous est arrivé d'oublier un rond ouvert?*

On constate, tout au long de l'entretien, les tentatives du client pour parler de sa vie, de son passé, de sa solitude, et de sa difficile condition de personne âgée. On remarque que l'intervenante ne va pas en profondeur lorsqu'il est question de ces dimensions puisqu'elle retourne rapidement à son questionnaire. Autre exemple :

- **Intervenante** : *C'est la pharmacie qui vous livre vos médicaments?*
- Client : *Ils viennent jusqu'ici. Et je le demande parce qu'ils sont gentils et qu'ils me parlent un peu. Ça me permet de parler à quelqu'un au moins.*
- **Intervenante** : *Au moins, c'est un souci en moins pour ne pas avoir à sortir.*
- Client : *Vous savez que lorsqu'on devient vieux, on pense deux fois plus et on voit deux fois moins de personnes. C'est difficile être vieux et être seul entre quatre murs.*
- **Intervenante** : *Oui hein? C'est comme un cercle vicieux d'une certaine façon.*
- Client : *C'est comme on appelle en arabe : «[mot arabe]».*
- **Intervenante** : *Ça veut dire quoi?*

- Client : *Ça veut dire une prison!*
- **Intervenante** : *Ah! OK. Là, si vous sortez, vous êtes à risque de chute. On va l'écrire (...) Vu que j'avais déjà fait la demande, je ne remplirai pas ce papier-là, pour ne pas perdre de temps. Je vais les appeler pour voir ce qui en est. [...] Mais ne vous inquiétez-pas, je ne vais pas vous laisser tomber pour ça.*

Cette dernière phrase de l'intervenante nous semble révélatrice de ses préoccupations, lesquelles ont pour but, dans cet extrait, d'atténuer les risques de déplacements de son client. On remarque, dans les deux extraits que nous venons de citer, l'utilisation, par le client, d'expressions arabes utilisées ici comme métaphores lorsqu'il fournit des informations d'ordre émotionnel.

Bien que l'agenda du client soit parfois en lien avec certains objectifs de l'ergothérapeute (volonté d'obtenir le transport adapté par exemple), on note qu'il fait, tout au long de l'entretien, plusieurs tentatives de socialisation auprès de l'ergothérapeute qui y répond parfois brièvement pour rapidement revenir à son agenda d'intervenante. A titre d'exemple, voici un extrait de discussion :

- Client : *Vous avez un bonjour de mon voisin. Vous savez qui c'est? Madame Maestrich.*
- **Intervenante** : *Oui. Vous vous entendez bien avec elle?*
- Client : *C'est-à-dire qu'on se connaît depuis l'Égypte.*
- **Intervenante** : *Ah Oui? Mon dieu, ça doit faire plus de 40 ans ça!*
- Client : *42 ans exactement.*
- **Intervenante** : *OK. Donc là, ils disent que vous avez une maladie cardiaque...*
- Client : *Oui.*
- **Intervenante** : *Vous avez fait un pontage il y a 11 ans.*
- Client : *Oui.*
- **Intervenante** : *Vous avez eu votre AVC il y a deux ans.*

Ou encore :

- Client : *C'est difficile d'être un vieillard de 85 ans. Vous savez, c'est quand le 15 janvier?*
- **Intervenante** : *Aujourd'hui on est le 12. Le 15 c'est jeudi.*
- Client : *Jeudi, j'aurai 85 ans.*
- **Intervenante** (regarde ses papiers) : *Ah! Oui! C'est vrai en plus. Je le vois dans mon dossier. C'est bientôt hein?*
- Client : *Oui, oui. La vieillesse est là. Avec son fardeau.*
- **Intervenante** : *C'est les étapes de la vie.*
- Client : *Hé oui.*
- **Intervenante** : *Là, je vais vous faire bouger un peu. On va aller dans votre salle de bain pour vérifier l'équipement que vous avez, pour m'assurer que c'est encore correct pour vous, et pour voir comment vous arrivez à vous débrouiller.*

Temps b) Les déplacements dans la salle de bain et dans la chambre à coucher

L'ergothérapeute se déplace dans la salle de bain et dans la chambre à coucher alors que le client demeure assis sur le divan¹⁰¹. Après une minute, l'intervenante demande au client de venir la rejoindre dans la salle de bain¹⁰². Le client s'exécute et montre à l'ergothérapeute, après que celle-ci lui ait demandé, comment il fait pour entrer dans le bain et en sortir. S'ensuit une discussion sur l'ajout d'équipement qui permettraient d'assurer une sécurité additionnelle au client (se procurer une barre de bain et un tapis antidérapant). Sont aussi abordées les façons de s'asseoir sur la toilette et la façon de placer le tabouret dans la baignoire.

Devant la réticence du client de se procurer un tapis de bain antidérapant, l'ergothérapeute tente de trouver une solution avec lui. L'homme tente d'être

¹⁰¹ Ma présence aura eu une influence sur la rencontre puisque le client a entamé une discussion avec moi pendant que l'intervenante faisait le tour des pièces.

¹⁰² Je demeure dans le divan. La proximité des pièces me permet toutefois d'avoir accès à la conversation qui a lieu entre l'ergothérapeute et le client.

humoristique, ce qui n'est pas reçu par l'intervenante qui coupe court au commentaire et revient à son plan d'intervention :

- **Intervenante** : *OK. Si vous voulez, ce que je peux faire pour vous aider...*
- Client (coupe) : *Pour m'aider? Vous voulez m'aider?*
- **Intervenante** : *Oui. Je suis là pour ça.*
- Client : *Il faut m'emmener à Las Vegas. Je veux gagner le gros lot. Là je pourrai avoir un...*
- **Intervenante** (coupe) : *Ok, on va faire autre chose d'abord. Allons dans votre chambre. Vous n'avez pas de ceinture? (C remonte toujours ses pantalons). Il vous en faudrait une. Couchez-vous sur le lit. Relevez-vous.*

Les tentatives de socialisation répétées du client sont rapidement écourtées par l'intervenante qui y répond de façon sommaire et évasive tout en continuant son plan d'intervention:

- Client : *Ah! Le sable, la plage d'Alexandrie.*
- **Intervenante** : *Ça vous manque?*
- Client : *Oui.*
- **Intervenante** : *Vous êtes retourné il n'y a pas longtemps?*
- Client : *Il y a quatre ans.*
- **Intervenante** : *Mettez-vous de côté. Tournez-vous à gauche.*

Par contre, il est intéressant de noter, pendant ce temps de l'entrevue, que la discussion se fait de façon très fluide entre les deux acteurs lorsqu'il s'agit de consignes, de conseils ou de demandes provenant de l'intervenante : important de s'asseoir avant de se coucher et ne pas se relever trop vite; se mettre de la crème sur les jambes, prendre son temps lorsque l'on met ses bas, etc. Les recommandations de l'intervenante sont entendues par le client qui lui pose des questions pour obtenir certaines précisions. Dans ces situations, l'ergothérapeute lui fournit les réponses très aisément, sans chercher à changer de sujet.

Temps c) Retour dans le salon, prise de notes et compléments d'informations

Une fois la tournée des pièces effectuée, l'ergothérapeute et le client reviennent au salon où l'intervenante prend des notes, informe à nouveau le client sur les moyens de se procurer certains équipements (barre de bain, tapis de bain antidérapant) tout en continuant de lui poser certaines questions (moyens pris pour se doucher, façons de faire son ménage, moyens pris pour faire ses courses, gestion du budget, lessive). L'intervenante lui donne certains conseils, fait des suggestions (aide payante pour le ménage et la nourriture) et lui rappelle certaines recommandations (ne pas se pencher rapidement par en avant) tout en recueillant des informations additionnelles (personne à joindre en cas d'urgence). Le client qui écoute distraitemment la professionnelle lui demande soudainement de composer un numéro de téléphone, dans le but de voir si quelqu'un pourrait venir le prendre pour qu'il puisse aller à son rendez-vous. L'ergothérapeute prend l'appareil téléphonique, compose le numéro, donne le combiné au client et continue de lui poser des questions tout en prenant des notes. La conversation téléphonique terminée, le client raccroche. S'ensuit une discussion entre l'intervenante et l'homme, laquelle dénote, une fois de plus, la focalisation sur le questionnaire :

- Client : *Voilà un ange qui a appelé. Il m'a dit : «Je viens te prendre à midi».*
- **Intervenante** : *Pour aller où?*
- Client : *Vous avez oublié déjà? Vous êtes plus étourdie que moi. Je vous ai dit que j'avais rendez-vous avec le cardiologue.*
- **Intervenante** : *Je pensais que vous étiez déjà allé il y a trois semaines. Vous lui avez demandé de vous prendre. C'est bon, vous avez trouvé quelqu'un.*
- Client : *C'est pour économiser 20 \$.*
- **Intervenante** : *Vous avez cette chance- là, c'est très bien.*
- Client : *La chance non. La chance, c'est Loto Québec!*
- **Intervenante** : *Je ne pense pas! C'est ce qu'on a dans le cœur.*

- Client : *Je vous assure. Je veux aller à Alexandrie. A côté de la plage (fredonne une chanson).*
- **Intervenante** : *Ici, à la place, on a le froid, la neige et la glace.*
- Client : *Ça suffit, ça fait 42 ans que je vis ça. Je mange de la neige depuis 42 ans, ça suffit.*
- **Intervenante** : *Juste me rappeler pour le ménage. J'ai vu votre tête virer au rouge tantôt quand vous vous êtes penché, il faut faire attention d'accord?*

Suite aux recommandations faites par l'ergothérapeute, le client lui mentionne qu'elle devrait venir plus souvent si elle veut qu'il se rappelle des conseils qu'elle lui donne : *«C'est vous la patronne. Je vais écouter vos conseils. Seulement, vous devez venir plus souvent me dire ça. Pas une fois par année»*. L'intervenante lui explique le fonctionnement du service (contraintes organisationnelles) pour justifier la rare fréquence de ses visites :

- **Intervenante** : *Vous savez, je fais ce que je peux. Je suis quand même assez débordée au travail. Donc, ce qu'on peut faire, c'est que si...(Le client coupe)*
- Client : *Oui, mais UNE année! Ce n'est pas assez quand on a 85 ans!*
- **Intervenante** : *Je sais. Malheureusement, je vous assure, j'aimerais faire ça plus souvent. Mais ce qu'on peut faire par exemple, c'est que vous gardiez mon numéro...*
- Client : *Oui. N'oubliez pas de me le laisser.*
- **Intervenante** : *Non, non, non, je n'oublierai pas. Ne vous inquiétez pas. Mais si vous vivez une situation difficile ou de crise, vous m'appellez.*
- Client : *OK.*
- **Intervenante** : *Et puis là, c'est sûr que je prendrai les choses en priorité. OK?*
- Client : *Oui, oui. In Shallah!*

Troisième temps de l'entrevue : Tentative pour clôturer la rencontre et soupçon de relation.

Pour clore l'intervention, l'ergothérapeute demande au client s'il désire parler d'autre chose. L'homme tente à nouveau d'entamer la conversation via quelques commentaires de socialisation, essai qui, une fois de plus, a peu d'effet puisque l'intervenante change rapidement de sujet pour aborder des points qu'elle n'avait pas mentionnés jusqu'alors (port de la canne blanche, types de transport en commun utilisés, facilité ou difficulté à s'orienter, facilité ou difficulté à lire, impact de sa mauvaise vue sur l'habillement, la confection culinaire, les soins d'hygiène). Elle tente de clore cette séquence en demandant à nouveau à l'homme s'il souhaitait aborder autre chose :

- **Intervenante** : *OK. Est-ce qu'il y a des choses dont on n'a pas parlé?*
- **Client** : *On n'a pas parlé de Loto-Québec, si vous voulez m'en parler, je suis bien prêt à vous entendre.*
- **Intervenante** : *Si j'avais la solution miracle, croyez-moi que je la donnerais à tout le monde.*
- **Client** : *Votre mari m'a dit que vous aviez 10 millions quelque part...*
- **Intervenante** : *Mon mari? Oh! Mon Dieu! Croyez-moi, je vais lui faire une petite scène ce soir.*
- **Client (rit)** : *Quel travail il fait?*
- **Intervenante** : *Il est dans les chiffres.*
- **Client** : *C'est un bon métier. Mon frère était comptable dans une grande société.*
- **Intervenante** : *Oui? OK. Ça pour ça, il sait compter. Il compte très bien. OK. Vous avez une canne blanche ou une canne standard?*

L'intervenante rappelle ensuite au client l'importance d'avoir des photocopies de sa carte d'assurance maladie puisqu'elle viendra les chercher dans les jours qui viennent. Elle propose aussi à l'homme de lui amener un tapis de bain s'il accepte de payer 8\$. L'ergothérapeute donne ensuite sa carte d'affaires au client tout en lui

proposant d'inscrire ses coordonnées sur un calendrier qui se trouve sur le mur. Ce qui est fait.

Le client rappelle à l'intervenante l'urgence d'obtenir des services de transport adapté. La séquence qui suit est le seul moment où l'on sent que l'échange se situe au niveau relationnel plutôt qu'au niveau du contenu informatif. L'ergothérapeute lui confirme qu'elle fera un téléphone le lendemain matin et l'homme lui exprime sa gratitude en ces mots:

C'est Dieu qui vous a envoyé aujourd'hui. Vraiment c'est Dieu qui vous a envoyé. J'avais besoin de vous depuis longtemps. Vous êtes vraiment gentille. Ça va m'aider beaucoup chérie. La gratitude [en chantant]. Vous avoir ici, ça me donne une chance de parler. Il y a parfois des journées où je n'ouvre pas la bouche. Je connais d'autres personnes mais je ne peux pas les appeler chaque jour : «Ah! Comment ça va, c'est pour parler un peu». Je ne veux pas embêter les gens.

Ce à quoi l'intervenante réplique : «Des fois on a l'impression de trop demander hein?» L'homme ajoute : «En arabe, on dit : [mot arabe]». L'intervenante répète la fin de la phrase en langue arabe et se met à rire. L'homme ajoute :

Ça me fait du bien de parler un peu. Parfois je suis si seul. Je pense à lorsque j'étais jeune comment je courais, je jouais au football, au tennis... Et nous étions six dans la famille, on s'asseyait autour de la table à manger. Maintenant cette table-là (montre la table de la cuisine) un jour elle m'a crié : HÉ! TOI SEUL TU T'ASSEOIS, TU N'AS PAS HONTE?» Il faudrait dire [mot arabe]. L'intervenante répète la phrase en arabe en ajoutant le mot «effectivement».

Quatrième temps : Réelle clôture de la rencontre

L'ergothérapeute clôt ensuite son intervention : «OK. Je pense que pour moi, c'est tout. OK?» Elle rappelle à l'homme qu'elle lui donnera des nouvelles pour la demande de transport ainsi que pour l'obtention d'une barre de transfert pour le bain. Le client lui demande alors d'essayer de mettre un peu de pression afin qu'il obtienne le service de transport avant la fin de l'hiver, ce à quoi l'intervenante lui répond qu'elle fera son possible, bien qu'une demande prenne entre deux et trois mois. L'homme lui demande de faire de son mieux, en employant l'impératif et l'ergothérapeute lui dit que c'est ce qu'elle allait faire. L'intervention se termine avec ces paroles.

4.1.6.3 Apports de l'entretien avec le client¹⁰³

L'intervenante annonce au client que j'ai des questions à lui poser et qu'elle demeurera à nos côtés pendant dix minutes, après quoi, elle s'en ira. J'amorce l'entrevue avec l'homme alors que l'ergothérapeute demeure assise près de moi.

L'homme nous raconte son histoire migratoire, en mentionnant tout son parcours depuis l'âge de trois ans. Né en Turquie de parents d'origine espagnole, il a fui en Égypte avec sa famille à l'âge de 22 ans. Parlant six langues (turc, hébreu, espagnol, français, anglais, italien), il a toujours travaillé en tant qu'interprète dans des entreprises. Ayant fui l'Égypte à 28 ans, en raison de son appartenance à la religion juive, il s'est retrouvé à Paris chez une tante pour ensuite immigrer au Canada dans le but de trouver du travail et pour rejoindre son frère qui avait épousé une Canadienne.

¹⁰³ Nous avons inclus l'entretien avec le client dans notre description de l'observation puisque l'interaction entre l'homme et l'intervenante se poursuit pendant cet épisode.

L'homme en profite pour me montrer des photos de sa famille sur le mur de son salon. Il ajoute qu'il s'est rapidement trouvé du travail dans une usine de textile où il assurait la traduction pour les ouvrières qui étaient de diverses origines. Il m'affirme ensuite que c'est le stress occasionné par son travail qui a causé sa crise cardiaque.

Je lui demande si des gens du CLSC sont venus le voir suite à son hospitalisation. L'ergothérapeute lui dit qu'une Italienne s'était occupée de son dossier avant elle. L'homme lui répond qu'elle venait à la même fréquence, soit très rarement, et mentionne son attente en regardant l'intervenante : *«J'espère que cette fois-ci vous n'allez pas m'oublier. Avant ça, j'étais plus jeune. Maintenant, avec la vieillesse, il faut me dire : "Monsieur, faites attention. Oui, monsieur. Non, monsieur". Il faut me le rappeler»*. L'intervenante lui dit qu'elle ne l'oublierait pas.

Je reformule les propos du client en lui disant que, si je comprends bien, il aimerait voir l'intervenante plus souvent afin qu'elle lui rappelle certaines consignes. La réponse qu'il me fait souligne surtout le besoin qu'il a maintes fois exprimé pendant la rencontre soit, celui d'interagir et de sortir de sa solitude :

Pour parler au moins. Vous savez que ça fait mal être entre quatre murs si on ne parle pas. En hiver, vu que je ne sors pas, c'est la prison ici tout le temps. J'ai peur de glisser. Même le cardiologue il me dit de rester à la maison. Et moi je lui dis : «Mais docteur, je vais étouffer». Et il me dit : «Vous avez une radio? Une télévision? Il y a quelqu'un qui peut vous apporter des journaux?» Il me dit aussi : «Vous m'avez dit que vous savez cuisiner alors, ne prenez pas des gens pour cuisiner. Vous faites la vaisselle, continuez de la faire. Ce sera une façon de passer le temps et de faire de l'exercice».

Je demande ensuite au client ce qu'il retient de la rencontre qui vient de se passer, aujourd'hui. Celui-ci me répond que c'est comme s'il avait *«reçu de la visite»* et que ça lui a au moins permis *«de parler un petit peu»*:

Aujourd'hui, en vous voyant toutes les deux ici, c'est une fête pour moi de parler. Vous savez que sans parler, on dirait que les murs se referment. Ici, je n'ai personne. Juste des neveux qui viennent me voir une fois par années deux-trois jours et ensuite bye-bye à l'année prochaine. Ici, il n'y a personne. Les murs, ils ne me répondent pas. C'est difficile. C'est très difficile. Mais, grâce à Dieu, il y a pire que moi. Au moins, moi je peux me lever, faire des choses... Il y a des gens qui ne peuvent pas faire ça.

L'homme clôt lui-même l'entretien en se levant affirmant qu'il doit se préparer pour son rendez-vous en après-midi. Il conclut avec les mots suivants : *«Je vous remercie de tout cœur d'être venue. Si jamais vous êtes dans les parages, venez me dire bonjour»*.

L'intervenante se lève et rappelle à l'homme de préparer les sous qu'elle récoltera lorsqu'elle reviendra lui porter son tapis de bain. Elle le remercie, ce qui provoque le commentaire suivant chez le client : *«C'est moi qui vous remercie. Si vous êtes dans les parages, venez me dire bonjour. Et si vous m'oubliez, n'oubliez pas mes papiers au moins»*. L'ergothérapeute rétorque en lui disant qu'elle n'oublierait pas les papiers et lui rappelle de faire des photocopies de sa carte d'assurance maladie.

En sortant de l'appartement, l'homme remercie à nouveau l'intervenante en lui répétant : *«Je vous remercie. Si vous êtes dans les parages, un petit bonjour me ferait plaisir. Merci et au revoir»*.

Je suis maintenant dans le couloir avec l'intervenante. Celle-ci me mentionne qu'elle avait apprécié être présente pendant mon entretien avec le client puisque ce moment lui a permis d'obtenir certaines informations le concernant et de mieux connaître son

passé : *«Ce n'est pas une occasion qui se présente souvent à nous; prendre le temps pour connaître les clients. J'ai appris des choses aujourd'hui que je n'aurais jamais sues sur lui».*

En sortant de l'immeuble, une dame âgée nous demande si nous allons sur la rue Côte-des-Neiges. Attendant son taxi depuis plus de 20 minutes, elle dit être angoissée de rater un rendez-vous important et nous demande si nous pouvons l'amener. Ce que nous n'avons pu faire bien évidemment. Suite à cet épisode, l'ergothérapeute me mentionne que ces situations sont fréquentes et ajoute : *«Ce sont des gens qui n'ont pas d'argent ou qui ne veulent pas en dépenser. Ils veulent toujours qu'on leur fournisse tout sans qu'ils n'aient rien à payer. Ça vient me chercher ces choses-là. Ça m'agace».*

Nous repartons ensemble en direction du CLSC.

4.1.6.4 Apports de l'entretien avec l'intervenante

L'entretien post-intervention avec l'intervenante nous a donné accès à des informations additionnelles qui nous ont permis de pousser plus loin notre analyse et de mieux comprendre les comportements qu'elle avait adoptés lors de la rencontre. Les conceptions de l'ergothérapeute concernant sa pratique, les attitudes qu'elle doit adopter, ainsi que sa perception des personnes âgées nous ont permis de faire ressortir que sa vision des aînés, l'effort qu'elle met pour conserver une distance relationnelle et mettre ses limites professionnelles, ainsi que l'existence d'une zone sensible reliée à un malaise lorsqu'il est question d'argent ont eu une grande influence sur l'interaction professionnelle-client dans cette rencontre.

Elle m'indique tout d'abord qu'elle trouvait le client fatigué et que certains indices lui permettent de soupçonner que son état commence peut-être à devenir précaire. On remarque que ses préoccupations sont reliées aux items qui se retrouvaient dans son questionnaire d'évaluation :

C'est sûr que c'est une personne âgée, mais je la trouvais vieillie. Je trouvais qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Vu son âge, peut-être que je garderais un œil là-dessus. C'est dans sa fatigue, le fait qu'il a dit qu'il avait chuté, il avait les traits tirés. Je trouvais que son pantalon était sale. Il n'avait pas de ceinture et il laissait tomber son pantalon. Ce sont des signes. On va rester attentif. Ce qui est quand même bien c'est qu'il n'est pas tout seul et qu'il est encore autonome : il a de l'aide pour ses courses, il fait sa lessive tout seul, il fait son ménage tout seul... Ça le maintient en activité. C'est assez propre chez lui. Peut-être ne pas trop s'inquiéter, mais garder un œil.

Pour l'ergothérapeute, l'intervention a répondu à ses objectifs puisqu'elle affirme avoir obtenu toutes les informations dont elle avait besoin. Elle mentionne que l'absence de barrière linguistique est un élément important de la réussite de son intervention puisque le partage d'une même langue lui a donné un accès direct aux propos du client, sans avoir à passer par une tierce personne:

C'est ça qui est important : pouvoir communiquer directement avec le client pour savoir ce que lui veut, savoir quels sont ses besoins. Oui, il vient d'un autre pays, mais il parle une langue que je parle, et très bien même. Son français est impeccable. Des fois, c'est difficile quand la personne ne te comprend qu'à moitié ou pas du tout. Surtout quand c'est une personne qui est toute là cognitivement, qui est apte à prendre ses décisions, ça peut être difficile de devoir passer par une autre personne.

L'intervenante me mentionne qu'elle considère l'homme comme un **client facile** puisque celui-ci a répondu à l'objectif d'intervention qu'elle s'était fixé, qu'il

répondait très bien aux questions qu'elle lui posait et qu'elle le sentait ouvert lorsqu'elle lui faisait des propositions ou des suggestions.

Les suivis sont, selon elle, des interventions faciles puisqu'elle dispose de grilles qui lui permettent d'établir un profil client et de diriger ses questionnements :

Chaque intervenant peut les utiliser, c'est un profil et ça couvre toutes les catégories d'une vie, ce qu'on appelle les tâches domestiques, les activités de la vie quotidienne, de la vie personnelle, au niveau de la santé, au niveau de l'alimentation, au niveau social aussi».

Elle ajoute que ses questionnements sont demeurés en surface en raison de son **statut professionnel**: *«Je lui ai posé des petites questions, sans aller dans les détails parce que je ne suis pas forcément infirmière ou travailleuse sociale. Mais si je pose la question et que je vois que le client dit quelque chose, il y a peut-être un besoin alors, je pousse»*. Nous lui avons alors mentionné que le client avait fait de nombreuses références à sa solitude et qu'elle n'avait pas vraiment donné suite à ses propos. L'ergothérapeute me rétorque que l'homme n'est pas seul puisqu'il dispose de ressources. Elle fait plutôt appel au facteur culturel (**culture des personnes âgées**) pour expliquer son attitude :

Je pense que c'est un peu culturel. C'est un trait des personnes âgées. Ce que je remarque, de façon générale – et c'est pour ça que je ne me suis pas tant inquiétée que ça –, c'est qu'ils veulent tous que l'on soit présent pour eux. C'est normal aussi, mais ils ont toujours besoin que l'on soit présent. C'est sûr que oui, il est tout seul à la maison et que des fois c'est dur. Même moi quand je me retrouve seule à la maison, je trouve ça difficile. Je pense que c'est plus ça.

Lui ayant demandé une précision sur ce qu'elle entend lorsqu'elle dit que ce comportement est de nature culturelle, l'intervenante spécifie qu'elle parle de la catégorie des personnes âgées qui ont été entourées toute leur vie et qui soudainement, se retrouvent seules :

C'est un monsieur, je pense, qui a été très bien entouré plus tôt et qui avait l'habitude d'avoir plein de monde autour de lui. Et là, toute sa famille est morte, il n'a plus ce social, c'est moins familial. Ça peut être difficile pour des personnes. Je pense que dans ce sens-là, c'est ce qui fait qu'au fond de lui, ça le déprime un peu et c'est ça qui fait qu'il se sent seul et qu'il nous demande d'être là pour lui. Il sait que nous, on va être les seuls à le relancer de temps en temps juste pour s'assurer que tout va bien. Alors, il exprime ce besoin.

Quant à la distance qu'elle avoue avoir délibérément établie avec ce client, elle affirme qu'elle se doit de pondérer ses relations avec les personnes âgées: *«Il faut que je garde ma distance professionnelle parce que je suis là pour offrir un service, pas forcément pour remplacer une famille ou des amis malheureusement. Il faut que ce soit comme ça. On ne doit pas embarquer là-dedans»*. L'ergothérapeute spécifie qu'il n'est pas toujours facile de garder cette **distance professionnelle** tout en indiquant que le soutien qu'elle apporte dans son travail ne consiste pas à briser la solitude de ses clients, mais bien de leur permettre de demeurer chez eux pour leur éviter un placement en institution (**prépondérance du travail prescrit**):

On est face à une personne qui est toute seule et qui souffre de cette solitude. C'est dur pour nous d'entendre ça. Le monsieur, quand il parlait de sa petite table et qu'il disait qu'il mangeait tout seul, je me disais : «C'est plate, c'est vraiment plate». Mais tu sais, il faut que je reste distante par rapport à ça parce que c'est sa vie à lui. Moi j'apporte ce que je peux comme soutien, pour lui permettre de rester chez lui. Je fais ce que je peux en fonction du mandat que j'ai.

Concernant la relation qu'elle a établie avec ce client, elle mentionne, une fois de plus, qu'il est important pour elle de demeurer professionnelle, de mettre ses **limites (professionnelles et personnelles)**, même si les attentes du client sont autres :

Moi, j'essaie de rester professionnelle mais lui, je pense qu'il veut plus que ça : «Il faut que vous m'appeliez, il faut que vous veniez». Oui, j'aimerais faire ça mais je ne peux pas. J'ai d'autres clients à voir et j'ai des choses à faire aussi. Et si je m'impliquais comme ça avec tout le monde, ça ne serait humainement et professionnellement pas faisable pour moi. Des fois, c'est dur de mettre ses limites parce que ça confronte l'autre personne. Et la personne, elle insiste quand même et là, je ne sais plus quoi dire. J'essaie de rester le plus professionnelle et ne pas rentrer là-dedans.

Je lui mentionne qu'à notre arrivée, le client se rappelait que lors de sa dernière visite, il lui avait offert un café et qu'elle lui avait répondu en arabe. Elle me répond qu'elle a été impressionnée mais qu'en même temps, ça lui démontre que l'homme a encore une bonne mémoire. Elle ajoute en riant que les clients sont souvent plus attentifs à ces petits gestes qu'aux conseils qu'elle leur donne. Pour cette intervenante, ces petits moments sont des indices qui lui démontrent qu'elle a établi un certain lien avec ses clients : «Ça montre qu'au moins, j'ai établi ma relation». On voit ici que la perception de la relation diffère d'un intervenant à l'autre, si l'on compare aux autres cas que nous avons observés.

Selon l'intervenante, l'origine ethnique et religieuse du client n'ont pas eu d'influence sur la rencontre. Elle évoque par contre le malaise qu'elle a ressenti lorsqu'il faisait référence à l'argent, ce qui est arrivé à plusieurs reprises pendant la rencontre : «Ça me met mal à l'aise quand les gens parlent d'argent. Et lui, il a beaucoup insisté, il revenait toujours à ça. Tu as vu, je répondais brièvement et je changeais directement de sujet. C'est ce que je fais quand ça arrive». Elle ajoute que la question d'argent est pour elle très agaçante (**zone sensible**) dans ses interventions

avec les personnes âgées. La culture des personnes âgées devient encore ici un facteur explicatif :

Les personnes âgées parlent beaucoup d'argent. Elles ne veulent pas en dépenser ou elles n'en ont pas. De se plaindre toujours qu'on n'a pas d'argent, j'ai du mal à l'accepter. Des fois, il y en a qui vivent juste de leur pension et je veux croire que c'est limite. Mais quand je vois que c'est exagéré, ça m'énerve. Je suis capable de voir que oui, ce monsieur a besoin qu'on l'aide. Mais pour une barre d'appui il pourrait faire un effort. Je leur dis de faire des compromis. Je leur dis : «Vous allez attendre un an pour que je fasse une demande de subvention? Moi, ça me fait juste faire des papiers... Achetez-la la barre, vous avez des services gratuits, vous avez le siège de bain gratuit, vous avez le siège de toilette gratuit...». C'est peut-être une façon que j'ai de penser qui fait en sorte que je ne comprends pas pourquoi ils ne vont pas penser comme ça.

Quant à la prochaine rencontre qu'elle projette avec ce client, elle souhaite prendre de ses nouvelles avant un an, si elle trouve le temps, pour s'assurer de son état : *«Peut-être dans deux ou trois mois. Si j'ai le temps. C'est aussi un peu ma réalité. Mais là, je me suis assurée qu'il était encore capable d'être chez lui. Je pense que c'est un monsieur qui est capable de m'appeler s'il en a besoin, quand il a le numéro de téléphone».*

4.1.6.5 Résumé analytique du cas numéro 6

Le cas numéro 6, qui nous est apparu comme étant le moins riche au niveau relationnel, se démarque par le fait que la relation n'est pas inscrite dans le quotidien et que la dimension instrumentale (ou technique) de l'intervention prime sur la dimension relationnelle. La définition de la nature de la relation, enjeu majeur dans ce cas puisqu'elle occupe une grande partie de la dynamique interactionnelle, se

démarque par des tentatives incessantes de cadrage de la relation où l'intervenante, dans une position haute, instituait une règle relationnelle qui était celle de ne pas s'engager personnellement dans la relation en cours alors que le client tentait d'en instituer une à un niveau plus personnel. On dénote de ce fait une asymétrie dans les attentes et les intentions de chaque acteur puisque le client et l'intervenante ne souhaitaient pas discuter du même contenu et que chacun demeurait sur sa position : le discours du client se situait au niveau analogique (émotions et vécu) et celui de l'ergothérapeute demeurait au niveau du contenu informatif et technique, la ponctuation de leur discours respectif allant constamment dans ces deux directions. **La sur-représentation des échanges de nature extra-professionnelle** (échanges interstitiels) **chez le client** et les **constants recadrages de l'intervenante pour en revenir au contenu technique de son questionnaire** nous sont apparus comme étant des indicateurs de la présence d'un dysfonctionnement communicationnel au niveau de la relation mais non au niveau du contenu. On note d'ailleurs que les séquences qui se succèdent dans l'interaction semblaient dissociées les unes des autres, ce qui indique pour l'intervenante, «une absence de déplacement dans l'univers du client» et une prise en compte plus que partielle des informations qu'il apportait (Pène, Borzeix et Fraenkel, 2001, p. 29). Celle-ci ne répondait effectivement que très rarement à ses demandes d'ordre émotionnel, et ce, même si elle les entendait.

Le client aura cependant fait preuve d'une certaine souplesse puisqu'il s'est ajusté à l'intervenante, répondant de ce fait aux questions techniques qu'elle lui posait. On peut cependant noter que les attentes de l'homme reposaient sur un double registre : celui d'obtenir des services et celui de socialiser avec l'intervenante. Celui-ci aura ajusté sa position pour répondre à ses propres besoins puisque pendant l'entretien post-intervention, il remerciera l'intervenante d'être venue lui rendre visite mentionnant que sa venue lui aura donné l'occasion de parler avec quelqu'un.

L'intervenante aura elle aussi répondu à ses propres attentes puisqu'elle aura obtenu, de la part du client, l'information qu'elle désirait, ce qui signifie pour elle, comme elle l'a indiqué, qu'elle a réussi à établir sa relation avec le client. Cette relation fonctionnelle qu'elle a établie avec ce client s'explique notamment par la distance professionnelle qu'elle souhaite conserver, par les conceptions qu'elle a de sa pratique ainsi que par sa perception des attentes et des demandes des personnes âgées. Cette information nous suggère que la nature du service, le statut professionnel et la vision de la relation à établir avec les clients ont un impact important sur l'interaction.

4.1.7 Mise en commun des cas, analyse et discussion

L'analyse transversale de nos observations et de nos entretiens post-intervention s'est opérée en tenant compte des objectifs que nous poursuivions, c'est-à-dire identifier les éléments de contextes en lien avec l'interaction ponctuelle, déceler des éléments de la relation et du contenu dans l'interaction, faire ressortir les caractéristiques de la dimension relationnelle de la communication tout en nous interrogeant sur le lien qu'elle entretient avec la dimensions technique de l'activité, et mettre en intrigue l'événement culturel.

Nous avons fait ressortir pour ces observations, les caractéristiques de la relation ponctuelle ainsi que les séquences interactionnelles répétitives à un moment précis de l'histoire qui réunit ces clients à ces intervenants. Nous avons ainsi pu mettre en évidence certains éléments de la relation et du contenu tout en demeurant conscient qu'ils ne nous donnent pas accès à l'évolution possible de ces systèmes, ni à leur genèse.

La comparaison des observations nous a montré que certaines rencontres étaient plus riches que d'autres aux plans relationnel et communicationnel (relation et contenu/axiome 2). Nous avons ainsi classé les cas numéros 1-2-3 comme étant les plus riches, jugeant que le cas numéro 1 représentait la rencontre la plus élaborée au plan relationnel. Nous avons classé les cas numéros 4-5-6 comme étant plus dépourvus au plan relationnel, jugeant que le cas numéro 6 était le moins fécond. Nous ferons d'abord ressortir les faits saillants des cas 1, 2 et 3 afin de mettre en évidence les éléments qui caractérisent ces trois rencontres et exposerons par la suite, en suivant la même procédure, les éléments qui ressortent des cas 4, 5 et 6.

Nos analyses nous ont permis de conclure que les rencontres les plus riches au plan relationnel ont comme dénominateurs communs le **type d'intervenant** (ASSS), des **agendas similaires**, des **attentes semblables concernant la relation** et une **inscription dans la routine non perturbée par des données situationnelles nouvelles**. Nous avons aussi pu remarquer la présence d'une **souplesse dans la nature de la relation** laissant place à un espace relationnel créateur menant à une co-construction du dialogue et à une complémentarité dans les échanges où tâches techniques et aspects relationnels sont intimement reliés, comparativement aux cas les moins féconds. **La dimension analogique**, voire le langage de l'émotion, du vécu et de l'expérience, ressort fortement de ces rencontres. L'existence d'une barrière linguistique ou la présence d'une tierce personne n'apparaissent pas, dans les cas que nous avons observés, comme des dimensions qui appauvrissent la relation, bien qu'elles aient une influence certaine sur le contenu et sur l'intervention.

4.1.7.1 La structure des relations

Les cas 1, 2 et 3 : Inscrits dans la souplesse et la complémentaire

Les cas numéros 1, 2 et 3 ont plusieurs points en commun. Ils se démarquent d'abord par le fait que les actes de travail ainsi que la relation sont inscrits dans le quotidien. Le rituel d'arrivée au domicile, empreint de familiarité, ainsi que l'aisance avec laquelle les auxiliaires utilisent l'espace et se déplacent dans l'environnement nous montrent qu'une routine est instaurée et acceptée par chacun des acteurs. La dimension instrumentale (ou technique) de l'intervention est, dans ces trois cas, intimement liée à la dimension relationnelle de l'intervention. Ces cas sont ressortis comme des rencontres où la définition de la nature de la relation (**complémentarité**) chez chaque acteur se démarquait par sa souplesse (et non par sa rigidité) et ne présentait pas d'ambiguïté, ce qui donnait place à une complémentarité dans les échanges (**alternance entre la position haute et la position basse chez tous les acteurs**) tout en permettant au contenu du message d'être reçu et perçu sans disqualification apparente de part et d'autre. Nous aurons aussi pu observer, dans l'interaction, que les auxiliaires procédaient à «un usage conversationnel des échanges techniques» lequel correspond à une «réinvention de l'usage de la prescription, et en particulier de celle qui place le discours et les attentes du client au centre de l'activité et qui se cristallise dans l'injonction de noter le ressenti client¹⁰⁴» (Pène, Borzeix et Fraenkel, 2001, p. 29).

¹⁰⁴ Ces auteurs décrivent le «ressenti client» comme un ensemble de propriétés opérationnelles qui correspondent à une conceptualisation (ou modélisation) du client, considéré comme un co-producteur de la relation de service. Elles notent, en contrepartie, qu'un acteur qui n'a pas conceptualisé cette forme de ressenti aura tendance à demeurer passif devant le discours du client et à ne prendre en compte que de façon partielle les informations qu'il apporte; tel que nous l'avons observé dans le cas numéro 6.

La **sur-représentation des échanges de nature extra-professionnelle** (échanges interstitiels), qui se glissaient dans les interstices de l'activité et des communications opérationnelles, tout comme l'**atmosphère conviviale** qui régnait pendant l'épisode de service nous sont apparus comme étant des indicateurs de la richesse de la relation. Comme l'affirment Grosjean et Lacoste (1999): «En réinstallant le malade dans la relation égalitaire de la conversation, les échanges interstitiels restaurent par là même une forme de symétrie, au-delà de l'asymétrie constante de savoir et d'action que la relation de soins instaure nécessairement» (p. 133).

Les cas 4, 5, 6 : Une complémentarité négociée dans l'adaptation

Les cas numéros 4, 5 et 6, mettant en scène une infirmière et une ergothérapeute se démarquent d'abord par des différences dans la nature de la relation ainsi que dans le type de séquences interactionnelles lorsque nous les comparons aux cas 1, 2 et 3. L'ambiance chaleureuse et la familiarité que l'on retrouvait dans les trois premières observations n'étaient pas présentes dans les cas 4, 5 et 6. La **sous-représentation des échanges de nature extra-professionnelle** (échanges interstitiels), tout comme la différence d'**atmosphère** qui était **plus neutre et plus tendue** dans ces épisodes de service nous sont apparues comme étant des indicateurs d'une **relation moins souple**. Il est à spécifier cependant que la nature du service, dans les trois premiers cas, ne reposait pas majoritairement sur la parole comme dans les cas numéro 4, 5 et 6 où elle était la constituante principale de l'action.

Le rituel d'arrivée au domicile, empreint de familiarité dans les trois premiers cas, se caractérisait, **dans le cas 4**, par une brève salutation et dans les **cas 5 et 6**, par un assaut des clients concernant leur propre agenda. L'aisance avec laquelle les auxiliaires utilisaient l'espace et se déplaçaient dans l'environnement du client dans

les trois premières observations ne se retrouvait pas dans ces trois cas et la dimension instrumentale (ou technique) de l'intervention, prédominante dans ces situations, n'était pas intimement liée à la dimension relationnelle comme dans les cas 1, 2 et 3.

Les observations 4, 5 et 6 sont ressorties comme des rencontres où la définition de la nature de la relation se démarquait par une certaine rigidité de la part de l'un, de l'autre ou des deux acteurs. Ce sont des ajustement chez l'une des parties qui ont toutefois permis de remplir les objectifs de chacun dans la rencontre. L'adaptation de l'infirmière aux situations ponctuelles, dans les cas 4 et 5, lui aura permis d'atteindre une partie de ses objectifs tout en répondant aux attentes des clientes. Dans le cas numéro 6, c'est l'ajustement du client, qui aura permis aux deux parties de trouver une satisfaction dans la rencontre : l'intervenante est demeurée sur son territoire professionnel tout en obtenant les réponses à ses questionnements et l'homme aura répondu à son besoin de parler et d'être entendu en concluant qu'il avait tout de même eu de la compagnie.

Les cas numéro 4 et 5 se démarquent toutefois du cas numéro 6 puisque ce sont notamment des données situationnelles qui ont transformé la forme de l'interaction : les rencontres n'étaient pas inscrites dans leur routine habituelle en raison de la présence inattendue du fils dans le cas 4 et de l'absence du neveu dans le cas 5. Ces deux situations viennent en fait révéler la part d'imprévu dans le travail en soutien à domicile et montrent l'ajustement constant dont les intervenants doivent faire preuve et ce, tant au niveau relationnel qu'au niveau du contenu technique de l'intervention.

Nous avons toutefois relevé une ambiguïté dans la nature des relations élaborées avec l'infirmière et les clientes des **cas numéros 4 et 5** puisque l'intervenante, tout en acceptant la règle relationnelle proposée par les bénéficiaires, se donne pour mandat (institutionnel, professionnel et personnel) de leur faire accepter, à l'aide de stratégies

multiples (adaptation, douceur, respect, patience, collaboration avec d'autres professionnels), des services qu'elles refusent et ce, au nom de leur bien-être et de leur sécurité. L'entretien que nous avons eu avec elle nous apprend que l'investissement dont elle fait preuve dépend de la vision qu'elle possède de son acte professionnel et fait ressortir, par le fait même, le rapport qu'elle entretient avec son activité de travail, celui-ci découlant des valeurs propres à sa profession (vocation, mission), de son statut et mandat (intervenante pivot) et de ses convictions personnelles (croyances, valeurs).

4.1.7.2 La nature des relations

Nos six observations, ainsi que les entretiens que nous avons menés auprès des intervenants et des clients suite aux rencontres, nous ont permis d'identifier six variables susceptibles de modifier la nature de la relation entre un intervenant du soutien à domicile et un client ainsi que le déroulement de la rencontre: 1- **Le type d'intervenant**; 2- **Le type de soins ou de services**; 3 - **La durée et le temps de la relation**; 4- **La temporalité propre à la rencontre (part d'imprévu)**; 5- **La continuité de la relation** et 6- **L'influence de certains facteurs subjectifs présents chez les acteurs** laquelle comporte, notamment, les dimensions suivantes : a) les attentes de part et d'autres; b) les agendas de chacun; c) les zones de sensibilité; d) la perception des individus concernant le type de rapports qu'ils doivent entretenir entre eux et e) les traits de personnalité des intervenants et des clients.

Le désagrément ressenti par les clients lorsque l'intervenant doit se faire remplacer, maintes fois mentionné par les personnes âgées que nous avons interrogées – mais mentionné aussi par les intervenants – nous montre que **la régularité du personnel (autant que la régularité du service)**, le lien fort qui unit

tâche et relation, les **affinités personnelles**, la **personnalisation des services** et **l'importance du lien qui s'est établi**, notamment avec les auxiliaires, sont des dimensions intimement reliées qui contribuent à assurer la richesse des relations interpersonnelles en soutien à domicile. Nous avons relié ce désagrément à deux facteurs : D'une part, les clients ont à interagir avec une personne qu'ils ne connaissent pas et avec qui ils n'ont pas établi de lien personnel. D'autre part, ils n'apprécient pas se retrouver face à un intervenant qui ne connaît pas la routine du service ou du soin. Ce double aspect montre que les **dimensions techniques et relationnelles** de l'intervention sont à la fois interreliées mais qu'elles peuvent aussi représenter deux pôles distincts.

Vincent Caradec (1999), qui a étudié la question du chez-soi et de l'intimité en soutien à domicile, soutient à cet effet que les intervenants travaillant à domicile auprès des personnes âgées sont pris en tension entre deux pôles, soit le **pôle technique**, essentiellement axé sur la tâche, et le **pôle relationnel** qui, sans mettre de côté la tâche à accomplir, insiste sur l'aspect relationnel. Il affirme qu'un codage entre ces deux pôles est présent tant chez les intervenants que chez les clients et que celui-ci aura une influence sur le déroulement de l'interaction ainsi que sur le développement et le maintien de la relation. Ce codage, qui se construit dans l'interaction, variera en fonction des demandes, des objectifs et des attentes des acteurs concernant le type de relation établi ou à établir. Il se modulera aussi en fonction du rapport que l'intervenant entretient avec son activité, celui-ci étant vécu soit sur le mode de la vocation ou sur le mode de la tâche à effectuer. On aboutit à quatre cas de figure. Le premier prend la forme d'un double codage technique où la relation entre les acteurs se limite au domaine des tâches, tels qu'observés dans le cas numéro 5 avec la cliente et dans le cas numéro 4 avec le fils; Le deuxième indique que le client s'inscrit dans une demande relationnelle alors que l'intervenant souhaite demeurer au niveau technique, tel qu'observé dans le cas numéro 6; Le troisième

indique que la personne âgée réalise un codage technique mais que l'intervenant insiste sur son rôle relationnel, tel que nous avons pu le constater dans le cas numéro 4 avec la cliente; Le quatrième indique qu'intervenants et clients s'inscrivent tous deux dans une attente relationnelle et que la relation est construite sur le mode de la familiarisation. Les cas 1, 2 et 3 correspondraient à ce dernier cas de figure quoique que nous concevions que ceux-ci s'inscrivent dans un équilibre entre le codage technique et le codage relationnel qui demeurerait de nature professionnelle et non personnelle. Appliquer ce codage à nos observations donnerait le schéma suivant :

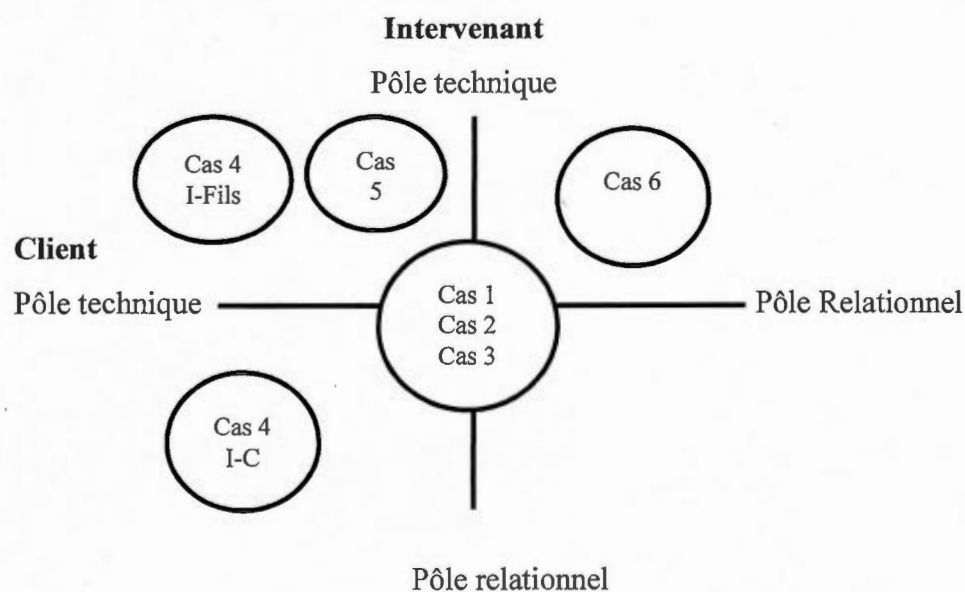


Figure 4.1 Représentation des cas observés en fonction des pôles techniques et relationnels (Codage de Caradec, 1999)

En fonction de nos observations, nous pouvons concevoir que les rencontres les plus riches au plan relationnel et communicationnel répondent à un codage où l'aspect technique et l'aspect relationnel sont complémentaires chez les intervenants et les clients. Nous aurions pu penser que les actes de travail, reliés au soin d'hygiène (cas 1

et 3), auraient favorisé l'intimité du lien en raison du rapport étroit avec le corps (Saillant, Hagan, Boucher-Dancause, 1994, p. 120); le cas numéro 2 vient cependant transformer cette hypothèse émergente puisque la relation qui prévaut entre l'auxiliaire et la femme comporte des caractéristiques semblables aux cas 1 et 3 et ce, même si les tâches sont très techniques puisqu'elles consistent à faire la lessive et préparer de la nourriture. D'autres facteurs tels le fait d'intervenir dans l'espace privé du client et la durée de la relation se présentent ici comme étant déterminants dans la nature de la relation (Meintel, Cognet et Lenoir-Achdjian, 1999).

Les commentaires des personnes âgées (cas 1, 2, 3) nous permettent de plus de corroborer les propos de Piercy (1996, 2000) et ceux de Vercauteren et Babin (1998) qui font ressortir que les critères d'appréciation des aidants ou des clients concernant le travail des auxiliaires à leur domicile montrent l'importance du pôle relationnel et de la dimension personnalisée de la relation puisqu'ils relèvent d'attributs reliés à leurs attitudes et à des traits de personnalité (**nature de la personne**¹⁰⁵) beaucoup plus qu'à des éléments associés à leurs compétences professionnelles ou à leurs savoirs techniques : «*He's a very nice person*» [...] «*Luis is a very good man at all*» (cas 1); «*Anne-Marie, c'est une belle rencontre dans ma vie. J'aime son sourire et j'aime parler avec elle*» [...] «*C'est une perle*» (cas 2); «*Monique, elle est gentille et dévouée*»; «*Je n'apprécie pas seulement la régularité de Monique, j'apprécie que quelqu'un comme Monique vienne à chaque semaine*» (Cas 3). Les auxiliaires nous ont eux aussi fait part de leurs critères d'attachement à ces clients: «*Ce sont des gens tellement gentils, tellement accueillants*» (Cas 1); «*C'est une dame très gentille*» (Cas 2); «*C'est une dame que j'aime beaucoup. Elle est très sympathique*» (Cas 3).

¹⁰⁵ Vercauteren et Babin, 1998. Piercy (1996), parlera quant à lui des «attributs personnels» des intervenants.

4.1.7.3 Le type de relation

Nous pouvons, dès lors, proposer une définition des types de relation qui se sont établis entre les intervenants, les personnes âgées et les autres personnes présentes dans les interventions.

Les auteurs qui ont tenté de dresser une typologie de la relation qui se tisse entre un travailleur et une personne âgée à domicile font régulièrement référence à l'amitié ou à la famille¹⁰⁶. Piercy (2000) propose par exemple ces trois types de liens : «*friendly*» (lien chaleureux¹⁰⁷); «*friendship*» (lien amical) et «*like one of the family*» (lien de type familial). Les entretiens que nous avons menés auprès des clients et de l'aidante dans les cas numéros 1, 2, 3 ainsi que l'analyse de ces interactions nous ont montré qu'ils ne considéraient pas l'intervenant comme «un ami» ou un «membre de la famille» mais bien comme un employé du CLSC avec qui ils ont développé une certaine «proximité relationnelle»¹⁰⁸. Ce lien n'est toutefois pas facile à définir puisque certains considèrent la venue de l'intervenant comme de la «visite» : «*C'est plus que recevoir des services, c'est comme de la visite un peu*» (Cas 3, cliente)¹⁰⁹ alors que d'autres diront le contraire : «*Je suis contente de la voir, mais ce n'est pas*

¹⁰⁶ Caradec (1999) mentionne que les registres amicaux et familiaux sont les plus souvent mentionnés parce que ce sont ceux dont nous disposons pour «dire et penser les relations de proximité» (p. 13).

¹⁰⁷ Nous proposons, entre parenthèse, une traduction libre des types de liens proposés par cette auteure.

¹⁰⁸ La «proximité relationnelle», aussi nommée «proximité intersubjective», fait appel à la sphère émotive et s'articule autour de la qualité de la relation et du dialogue (proximité discursive) qui sont présents dans le lien, l'accompagnement et le soin (Clément et Gélinau, 2009, p. 5). Cette figure de proximité laisse présager, selon Paquet (2005), une relation inscrite «à la fois dans une volonté d'aide et d'être» (p. 156). Elle signifie un rapprochement entre les personnes, entre les services offerts et les attentes des gens, entre les modalités de distribution des services et la réalité multidimensionnelle des personnes qui en ont besoin (Carrière, Bédard, Blackburn et al., 2009).

¹⁰⁹ Le client du cas numéro 6 considère aussi la venue de l'ergothérapeute comme de la visite.

de la visite et je le sais. Je ne ressens pas le besoin de parler avec elle à tout prix» (cas 2, cliente). Il n'en demeure pas moins que la venue de l'intervenant au domicile n'est pas seulement perçue comme un service puisque ces rencontres possèdent un fort contenu relationnel qui semble aussi importante que la tâche technique accomplie. Comme l'affirme la cliente du cas numéro 3: *«Sa présence, c'est très important pour moi, autant que la douche, sinon plus»* (Cas 3, cliente).

Bonnet (2006) suggère quant à elle trois types de relations possibles entre les aides à domicile et les personnes âgées soit : la «**relation de service relationnel**», correspondant à une relation de nature familiale (maternelle ou infantile) avec prise en charge de la personne âgée où l'investissement affectif devient plus important que la professionnalité; la «**relation de service technique**» où le professionnel répond, de façon marchande, aux besoins techniques et matériels de la personne âgée en éliminant la dimension relationnelle de l'intervention et «**la relation de service social**» où l'intervenant, s'inscrivant dans une relation personnalisée de coopération avec le client :

[...] oscille entre une figure de professionnelle et d'amie, entre relation marchande et échange par le don avec une aide relationnelle qui s'appuie sur le registre technique [...] Elle ne vise pas seulement la relation mais le maintien ou la restauration d'une socialisation des personnes âgées (avec l'idée de stimulation, de rééducation et surtout, d'une négociation de la demande qui prend en compte les attentes et les compétences des aînés (Bonnet, 2006, p. 79¹¹⁰).

¹¹⁰ Caradec (1999) proposera quant à lui trois autres modèles de relations qui, bien que plus développés chez les aides ménagères, peuvent aussi se retrouver chez tous les professionnels inscrits dans une relation de service et qui sont impliqués dans une relation de proximité avec autrui : «**la bénévole**» (centrée sur la relation), «**la technicienne**» (centrée sur la tâche technique), et «**la professionnelle**» (centrée à la fois sur la tâche technique et sur la relation) (p. 21). On note que la relation bénévole pourrait correspondre à la «relation de service relationnelle» telle que proposée par Bonnet (2006), que la «relation technicienne»

Nous avons pu relever des similitudes entre les cas **1, 2 et 3** qui nous permettent d'affirmer que le type de relation établi entre les clients et les intervenants correspondraient à **une relation de service social**. Les observations ainsi que les entretiens que nous avons menés auprès des acteurs dans ces cas nous montrent en effet qu'intervenants et personnes âgées possèdent une vision commune de la relation établie puisqu'ils la percevaient dans une même optique : celle d'une **relation de service** (pour) et de **coopération** (avec), teintée par la proximité et par la prise en compte, chez les intervenants, des attentes et des compétences des clients. Bonnet (2006) souligne aussi que l'échange par le don est présent dans la relation de service social et que celui-ci prend une dimension particulière «notamment parce que les dons des personnes âgées, symboliques ou matériels, permettent d'asseoir une relation de confiance et d'échange» (p. 81). Nous avons observé ce type d'échange matériel et symbolique (écouter, valoriser, personnaliser la relation) dans les cas 1, 2 et 3 alors que nous ne le retrouvons pas dans les cas 4, 5 et 6. Dans le cas numéro 1, nous avons pu relever plusieurs échanges symboliques en lien avec l'apprentissage des langues, mais aussi lorsque l'épouse du client, médecin à la retraite, donne des conseils de santé à l'intervenant. Dans le cas numéro 2, l'intervenante et la cliente partagent conseils, recettes et profitent d'une pause-café pour socialiser. Dans le cas numéro 3, l'intervenante nous mentionne que la cliente lui a offert des chaussures anti-dérapantes pour qu'elle évite de se blesser dans la salle de bain. La surabondance des échanges interstitiels entre les auxiliaires et les clients, dans ces trois cas, fait aussi partie d'un échange de dons.

Les commentaires des deux intervenantes présentes dans les trois autres cas (4-5-6) nous montrent une toute autre vision de la relation. On note que l'infirmière qui est intervenue dans les cas 4 et 5, s'engage professionnellement auprès de ses clientes

s'inscrit dans la «relation de service technique» et que la relation professionnelle s'inscrirait dans la «relation de service social».

parce qu'elle se sent responsable d'elles en raison de leur grande vulnérabilité: «L'engagement s'apparente dans certains cas à une exigence éthique, à un devoir moral» (Caradec, 1999, p.19). Ses interventions prennent ainsi l'allure d'une mission professionnelle, collective (équipe de travail), mais aussi personnelle: *«Toute l'équipe est sur le cas de cette dame [...] On veut tous tellement l'aider [...] Il faut se battre pour elle. Elle a besoin de nous [...] Je m'en occupe comme si j'étais sa fille, je l'aime beaucoup»* (cas 4). Elle dira, pour la cliente du cas numéro 5, qu'elle agira pour son bien-être et sa sécurité (**mandat confié par l'organisation**) malgré le fait que cette dame accuse l'équipe d'être envahissante: *«Je l'aime vraiment cette dame mais des fois, on a des choix déchirants à faire [...] C'est sa sécurité qui prime et des fois, c'est vraiment dangereux pour elle [...]»*. Nous n'avons pu retrouver, dans les modèles proposés, le type de relation qu'elle décrit quoique celle-ci s'inscrive dans la «relation de type professionnel» telle que proposée par Caradec (1999). Nous proposons, pour notre part, l'appellation suivante qui nous semble mieux correspondre à sa vision soit: une **«relation professionnelle d'engagement de devoir moral»**. Il est possible cependant de noter une différence entre le discours qu'elle tient et le type de relation que nous avons pu observer dans le cas numéro 5, ce qui nous prouve que la définition du type de relation qui s'établit ne repose pas uniquement sur les épaules des intervenants qui, bien qu'étant dans un rapport asymétrique en raison de leur statut professionnel, sont souvent interpellés à ajuster leur comportement et leurs attitudes en fonction de ceux des personnes âgées s'ils souhaitent atteindre leurs objectifs. L'infirmière mentionnera à propos de la relation qu'elle a établie avec cette dame qu'elle a dû ajuster sa propre attitude en fonction des attentes de la cliente qui ne souhaite pas élaborer une relation de proximité avec elle: *«Cette dame [...] parle d'affaires, mais pas de rapports [...] C'est ce qu'elle veut et nous, on s'ajuste»*. Il en résulte une **relation de service technique**, en raison de la demande de la cliente.

Les commentaires de l'ergothérapeute dans le cas numéro 6, ainsi que ceux du client montrent qu'ils ont une vision de la relation complètement différente. Le client manifeste sa volonté d'établir une relation «**chaleureuse** » qui lui permet de sortir de sa solitude: *«Vous avoir ici, ça me donne une chance de parler»*; alors que l'**ergothérapeute instaure «une relation de service technique»**, où elle répond aux besoins techniques et matériels du client en éliminant la dimension relationnelle possible (Bonnet, 2006, p. 78). Comme elle l'aura affirmé : *«Il faut que je garde ma distance professionnelle parce que je suis là pour offrir un service, pas pour remplacer une famille ou des amis. Je n'embarque pas là-dedans»*.

Tableau 4.1
Résultantes de la relation en fonction des attentes des acteurs

	Attente de l'intervenant concernant la relation	Attente du client concernant la relation	Résultante de la relation
Cas 1	Relation de service social	Relation de service social	Relation de service social
Cas 2	Relation de service social	Relation de service social	Relation de service social
Cas 3	Relation de service social	Relation de service social	Relation de service social
Cas 4	Relation professionnelle d'engagement de devoir moral	Relation de prise en charge	Relation professionnelle d'engagement de devoir moral
Cas 5	Relation professionnelle d'engagement de devoir moral	Relation de service technique	Relation de service technique
Cas 6	Relation de service technique	Relation chaleureuse	Relation de service technique

L'analyse combinée des observations montre, comme le proposent Richard et Lussier (2005), qu'il n'existe pas une mais bien des relations, que celles-ci varieront d'une situation à l'autre et que même si l'interaction s'inscrit toujours dans un rapport professionnel, «cette relation change en fonction des interlocuteurs, du motif de consultation et du contexte de la rencontre» (p. 55)¹¹¹.

4.1.7.4 La place de la culture et de l'ethnicité?

Il est à noter que la place de la culture, en lien avec l'ethnicité, ne sont pas ressorties de façon spécifique comme étant des facteurs déterminants de l'interaction dans nos observations. Ces dimensions ne sont cependant pas totalement absentes des interactions que nous avons observées puisque nous avons relevé, pendant les échanges interstitiels, certains commentaires des intervenants en lien avec l'origine ethnique ou le pays d'origine des clients : dans les cas 1 (mention d'un ancien président russe) et 2 (rhum haïtien) lors d'échanges interstitiels. Les clients ne feront pas allusion à leur origine ethnoculturelle ou à leur pays d'origine pendant l'intervention sauf dans le cas 6 (où l'homme mentionne fréquemment vouloir retourner à Alexandrie). En aucun cas les intervenants, pendant la rencontre, ont fait référence à leur propre origine ethnoculturelle. Les clients ne feront pas allusion à des critères d'identification ethnoculturelle des intervenants sauf dans le numéro 6 où l'homme mentionnera à l'intervenante qu'il se rappelle qu'elle parle arabe (**identification ethnolinguistique**) et dans le cas 5 où la cliente annoncera au téléphone qu'une «Roumaine se trouve dans sa maison» (**identification de l'intervenante liée à son appartenance nationale d'origine**), commentaire qui sera

¹¹¹ Gagnon, Saillant et coll. (2000) relèvent eux aussi l'existence de diverses formes de relations qui sous-tendent des formes variées de lien qu'ils considèrent essentiels à la constitution primaire du lien social.

d'ailleurs repris par l'infirmière qu'il lui dira : «*a nurse from CLSC*» (**identification professionnelle et organisationnelle**).

La question linguistique n'aura pas elle non plus été un grand enjeu dans les interventions que nous avons observées sauf peut-être, dans le cas numéro 1 où la barrière de la langue, plutôt que d'avoir une incidence négative sur l'interaction, – comme plusieurs études le sous-tendent –, servira, au contraire, de base à la relation puisque la règle relationnelle qui s'est établie entre l'ASSS et le client repose sur des jeux linguistiques et sur l'apprentissage de la langue. Nous demeurons cependant conscients que cette observation sort de l'«ordinaire» et qu'elle n'est pas représentative des interactions professionnelles en soutien à domicile lorsqu'il y a barrière linguistique. Le cas numéro 1 nous permet toutefois de constater que le problème de la langue, lorsque non commune, peut être transcendé par l'élaboration de stratégies qui reposent sur la relation. L'utilisation ainsi que la référence à plus d'un code linguistique entre l'intervenant et le client dans les cas 1 (français, anglais, russe, allemand, italien, espagnol), 5 (roumain et français) et 6 (français et arabe) nous ont montré que ceux-ci peuvent posséder différentes fonctions et varier selon l'usage social (relationnel) ou professionnel du langage (technique) (McAll, Tremblay et LeGoff, 1997). Nos observations ont de plus montré qu'une même langue ou une même origine ethnique ne sont pas nécessairement le gage d'une meilleure interaction et d'une relation de proximité plus forte puisque deux de nos trois rencontres les plus pauvres au niveau relationnel (cas 5 et cas 6) mettent en scène des personnes qui possèdent des origines linguistiques communes.

La **culture professionnelle** (variation de la relation en fonction du type d'intervenant, mandat assigné, mandat perçu), la **culture personnelle** (caractéristiques personnelles des acteurs, attentes concernant le type de relation à établir) ainsi que la **culture inhérente au soutien à domicile** (intervenir dans le milieu de vie transforme la façon

d'être, de faire et d'interagir avec les clients) sont les trois dimensions à connotation culturelle qui sont le plus ressorties de l'analyse de nos observations.

Ce sont surtout les commentaires des intervenants lors des entretiens pré et post-intervention, qui ont fait ressortir la part de l'ethnicité et de la culture dans l'intervention et dans la relation qui s'établit avec les personnes âgées. L'origine ethnique ou nationale de la personne, son appartenance religieuse, le temps de la migration sont des éléments qui sont mentionnés par les intervenants pour identifier le client mais, comme le constatent McAll, Tremblay et LeGoff (1997), ils ne font en général pas de lien entre ces appartenances et le problème qui a nécessité l'intervention, son échec ou sa réussite. Seule l'infirmière, dans le cas de son intervention auprès de la dame sri-lankaise, nous fera part des nombreuses influences que peuvent avoir l'ethnicité, la culture et l'expérience migratoires sur les services : communautarisme, méconnaissance du fonctionnement des services et des ressources, méfiance, difficulté à accepter les services en raison de la présence d'une barrière linguistique, refus des services d'hygiène, statut migratoire. On note que conditions culturelles et conditions structurelles sont ici intimement reliées.

Les données qui ont émergé de nos entretiens post-observations avec les intervenants et les clients ont permis de faire un retour sur la situation de communication pour avoir un aperçu des perceptions concernant la rencontre qui venait d'avoir lieu. Ils nous ont aussi donné un accès aux facteurs (inter)subjectifs qui ont un impact sur la dynamique de la rencontre (relation, communication, interaction). Leurs commentaires ont entre autres confirmé l'existence d'une **variabilité dans les types de relations** qui s'élaborent, laquelle se module en fonction de la nature du soin ou

du service; du type d'intervenant; des attentes et objectifs de chacune des parties; de l'existence de facteurs d'ordre temporels (temps de la relation, durée de la relation, fréquence et durée des rencontres, temporalité de la rencontre/part d'imprévu) et en fonction de certaines caractéristiques reliées à des traits de personnalité. Il est à noter que des éléments émergents sont ressortis des analyses de ces entretiens soit : **l'importance de la part relationnelle** créant une demande forte pour assurer une **continuité du personnel**; la présence d'une **résistance des clients aux services** (cas 3: acceptation difficile en raison de sa résistance à admettre sa perte d'autonomie; cas 4 : méfiance et refus de services en raison de la méconnaissance du système et de son fonctionnement créant peur et anxiété; cas 5 : méfiance reliée à la peur du placement et à la venue d'intervenants au domicile) et l'existence d'une **collaboration entre les membres de l'équipe** du soutien à domicile et avec la **famille** celle-ci étant parfois vue comme un appui, un renfort ou comme un facteur de complication.

Le prochain chapitre, qui renferme les résultats de nos entretiens individuels et de groupe nous permettra de développer ces pistes émergentes de façon plus précise.

Nous venons de présenter les résultats qui ont émergé de nos observations et de nos entretiens post-observations. Après avoir présenté chaque cas de façon individuelle, en nous inspirant de nos référents interprétatifs de départ, nous avons précédé à des regroupements afin de faire ressortir les points communs et les différences entre les rencontres, aux niveaux de la structure, de la nature et du type de relation. Nous avons de plus questionné la place de la culture et de l'ethnicité dans l'intervention. Le prochain chapitre contient les éléments catégoriels et dimensionnels qui ont émergé de nos entretiens individuels et de nos entretiens de groupe.

CHAPITRE V

ENTRETIENS INDIVIDUELS ET ENTRETIENS DE GROUPE: PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Je ne veux pas que ma maison soit entourée de murs et que ses fenêtres soient closes; je veux que toutes les cultures du monde soufflent aussi librement que possible dans ma maison; mais, je refuse de me laisser emporter par aucune d'entre elles.

- Mahatma Gandhi (1869-1948) -

Le présent chapitre constitue la présentation, l'analyse et la discussion des résultats issus de nos entretiens individuels et de groupe. Nous verrons, de façon plus spécifique, comment les intervenants du soutien à domicile perçoivent leur travail auprès des personnes âgées dans un contexte de pluriethnicité et ferons ressortir les dimensions, les effets et les influences que celle-ci peut avoir sur le travail, la relation et la communication. Des opérations de lecture, de découpage textuel, de catégorisation et de codification manuelles ainsi qu'un exercice de comparaison constante entre nos analyses émergentes et des renvois aux textes scientifiques auront mené aux résultats que nous présentons ici.

5.1 CE QUE NOUS RÉVÈLENT LES ENTRETIENS INDIVIDUELS ET DE GROUPE

Nous poursuivons l'exposition de nos résultats en dégagant les catégories ainsi que leurs propriétés et dimensions qui ont émergé suite à l'analyse de nos entretiens individuels et de groupe, lesquels mettent en lumière différents aspects de l'intervention en soutien à domicile en contexte pluriethnique. Ces éléments de notre analyse apparaîtront en caractère gras au fil de notre trame narrative. Ceux-là seront appuyés par des renvois aux textes scientifiques puisque «c'est ce dialogue, cette discussion et cette intertextualité qui constituent une des facettes, une des étapes et une des propriétés du processus interprétatif» (Derèze, 2009, p. 209-210).

Bien que nos résultats ne puissent être considérés dans une optique linéaire, puisqu'ils sont interdépendants, nous avons choisi, à ce stade de notre présentation, de les diviser en trois rubriques¹¹². La première concernera les aspects généraux du travail en soutien à domicile tels que perçus par les différents types d'intervenants. La deuxième rubrique portera sur les perceptions des intervenants concernant les impacts des changements organisationnels sur leur travail. La troisième s'attardera sur les effets de la diversité, de la culture et de l'ethnicité sur la part relationnelle et communicationnelle des activités de travail quotidiennes. Nous compléterons ce deuxième tour de piste par une brève discussion concernant les résultats obtenus.

¹¹² Bien que des liens soient faits tout au long de notre argumentation narrative, l'interdépendance de ces thèmes sera montrée de façon plus spécifique lors de notre exercice de conceptualisation au chapitre VI.

PREMIÈRE RUBRIQUE :
LES ASPECTS GÉNÉRAUX DU TRAVAIL EN SAD

5.1.1 Le travail en SAD: Une culture au service du client

Bien qu'il existe des particularités reliées à chaque profession (**catégorie professionnelle, formation, rôles alloués et tâches à effectuer**) ainsi qu'à des spécificités individuelles et des appartenances diverses (**croyances, attitudes, valeurs, perception de la relation et de son travail, histoire personnelle, vécu migratoire ou non, identité ethnique, genre, classe sociale, religion...**), nous avons pu relever, dans les descriptions que nous ont fournies les intervenants de leur conceptions de la pratique, des points communs qui sont attribuables à leur **rattachement institutionnel, à l'organisation du travail, à la culture inhérente au service** et aux **objectifs généraux d'intervention**¹¹³, soit : assurer le bien-être et la sécurité du client, créer et conserver un lien de confiance, accompagner, faire preuve d'écoute, assurer le plus de constance possible (Saillant, Châteauneuf, Cognet et *al.*, 2009, p. 55; Cognet, 2001). Comme l'indique cette infirmière :

Nous avons tous notre champ de compétence, mais plusieurs choses se recoupent d'un professionnel à l'autre : l'accompagnement, avoir de l'écoute, de la chaleur humaine, développer un bon contact avec la personne. Notre travail, c'est de mélanger de la technique, du savoir, du savoir-faire, du savoir-être, de l'intuition, du ressenti, du non verbal, du verbal. C'est un tout, c'est de voir la personne âgée dans sa globalité, et c'est l'observation de ce tout qui devient un outil important pour permettre au client d'être bien et de demeurer à son domicile, en sécurité, le plus longtemps possible (EI-A)-142 Truc, Inf.).

¹¹³ A ce sujet voir Grosjean et Lacoste, 1999.

Ces points communs peuvent aussi être mis en lien avec les valeurs et les croyances relatives à la singularisation de l'intervention telle que vécue dans une relation de soins et encore plus dans une relation d'accompagnement. Les soins et les services, comme ils sont décrits par les intervenants, font ressortir les dimensions humanistes (sensibilité à la souffrance humaine, tolérance, respect, ouverture), relationnelles et émotionnelles inhérents à la pratique¹¹⁴. Ces points communs relèvent aussi «de dimensions largement tributaires de la subjectivité» (Saillant, Châteauneuf, Cognet et al., 2009, p. 55) puisque les intervenants du PPALV partagent, bien qu'à différents degrés, certains intérêts et motivations. Plusieurs ont mentionné leur intérêt à travailler auprès des personnes âgées : *«On les aime nos personnes âgées»* (GD3 Graciella, ASSS) tout en spécifiant le privilège qui leur permet d'avoir le temps de créer une relation de proximité avec le client *«Pour moi qui venais de quitter le milieu hospitalier, ce fut ma plus belle surprise quand je suis arrivé ici»* (GD3-116 Jean-Pierre, Inf.). D'autres ont évoqué un attrait particulier pour travailler auprès des personnes provenant de diverses origines : *«Le fait que ce soit un quartier multiethnique, ça a joué dans ma volonté de travailler ici»* (Sophie, TS).

5.1.1.1 Entre le travail prescrit et le travail réel

La **dimension collective du travail** (travail d'équipe) ainsi que la **nature transdisciplinaire des actes inscrits dans le quotidien**, en lien avec un décroisement des champs de pratique dans ce secteur d'activités, réunissent ainsi les différents types d'intervenants dans leur façon de travailler : *«Tout le monde fait un peu de tout et je pense que c'est pour tout le monde en soutien à domicile»* (GD3-40, Inf.).

¹¹⁴ Saillant, Châteauneuf, Cognet et al. (2009) rapportent des thèmes très semblables.

Les intervenants sont régulièrement appelés à **déborder de leur mandat prescrit** pour prendre des initiatives professionnelles, collectives et personnelles qui leur permettront, dans certaines occasions, d'**adapter leurs actions** et leurs **attitudes** en fonction des demandes, des besoins ou des attentes des clients et en fonction des situations de travail réel (Neysmith et Aronson, 1996). Ce contexte de travail exige aussi un **ajustement aux circonstances** qui peut vouloir dire que l'on doit répondre à des situations inattendues, s'y adapter, et parfois déroger de l'objectif de la rencontre, voire même transgresser certaines règles et normes prescrites par l'organisation parce que **l'on travaille «pour» le client** :

Des fois, c'est impossible de faire le travail qu'on nous demande de faire. Il y a d'autres besoins qui sont beaucoup plus urgents. Je n'exécute pas toujours le mandat qui m'a été confié par l'organisation, je priorise d'autre chose. Je ne performe pas pour l'employeur dans ces cas-là, mais POUR le client. Pour moi, c'est ça qui est important (GD3-127 Graciella, ASSS).

5.1.1.2 Coopérer pour assurer le bien-être du client

La **dimension collective du travail**, voire la **coopération** entre les intervenants ressort comme un élément fondamental du travail en SAD, plus particulièrement pour les auxiliaires, les infirmiers, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes qui affirment que la présence d'autres membres de l'équipe dans un dossier, notamment celle des ASSS est bénéfique pour les clients mais aussi pour tous les intervenants impliqués. La position des ergothérapeutes se veut cependant moins claire que celle des ASSS, des infirmiers et des travailleurs sociaux. Ces derniers relèveront surtout des points communs avec les autres types d'intervenants lorsqu'ils ont le statut d'intervenant-pivot. Les commentaires des nutritionnistes et des physiothérapeutes se détachent de ceux des autres intervenants puisque leur implication dans l'équipe se

veut moindre de par leur intervention de nature plus ciblée et plus ponctuelle chez les clients.

Le travail d'équipe permet entre autres d'**assurer la continuité des soins** pour une même personne; de **contrecarrer le clivage** souvent opéré par les clients. Les intervenants mentionnent à ce titre que les clients ne donneront pas toujours les mêmes informations aux intervenants qui les visitent. Le type de professionnel, la fréquence des rencontres ou l'existence d'affinités personnelles feront en sorte que le lien se développera de façon plus forte avec un intervenant plutôt qu'avec un autre. L'opportunité qu'ont les intervenants de discuter entre eux leur permet d'avoir un aperçu plus large de la situation d'un client.

Le travail d'équipe permet aussi d'**équilibrer les services**; de **discuter du cas** et de son évolution; de **faire un plan conjoint** et d'**élaborer des stratégies communes** pour faire accepter un changement. Il permet aussi de **définir les rôles**; de **répondre aux besoins, demandes et conseils** des autres intervenants. Le collectif de travail a aussi comme fonction de permettre aux intervenants de **se sentir soutenus**; de **valider leurs impressions**; d'avoir une **deuxième opinion**; de **ventiler** auprès des autres membres de l'équipe, ce qui permet de briser l'impression d'isolement parfois ressentie.

Le travail des ASSS, les yeux, les oreilles... et le cœur du soutien à domicile.

L'importance du rôle joué par les ASSS est reconnue de façon générale par les autres intervenants qui affirment que leur présence dans un dossier facilite grandement leur

travail¹¹⁵. Décrits comme «*les yeux et les oreilles des autres intervenants*» (GD2-106, ergo) les auxiliaires, de par leur présence régulière chez le client, jouent un **rôle d'observateur** qui **rassure les professionnels** et leur permet, tout à la fois, d'**obtenir des informations additionnelles** et de **mieux cerner l'évolution de la situation** ou de **l'état du client**. Ils s'occupent aussi de **briser les résistances** tout en faisant accepter au client les recommandations des autres intervenants (**renforcement**):

Un auxiliaire dans un dossier, ça change tout. Il permet de faire un pont entre les clients et les autres intervenants. Il va regarder ce qui a été recommandé par tout le monde et va essayer de trouver une solution avec le client en créant une routine avec lui. Après, il va tenir les intervenants au courant. Il va aider les clients à intégrer tout doucement des petits changements. Ils font beaucoup pour stimuler les clients. Parce qu'ils les connaissent dans leur intimité, ils arrivent à leur dire des choses, à les pousser un peu plus durement, mais avec un grand sourire (GD3-31, Martin, TS).

5.1.2 La relation, la clé du soutien à domicile

5.1.2.1 Quand le client est l'hôte

Le fait d'**intervenir dans l'espace domiciliaire du client**, «lieu d'accueil et de protection de l'intime» (Djaoui, 2007, p. 158), est un élément de contexte fondamental qui transforme les conditions de l'intervention, les manières de travailler, la nature et le type de relation qui s'établissent entre les acteurs. Intervenir

¹¹⁵ Cette question de reconnaissance des auxiliaires par les autres membres de l'équipe représente un aspect important du travail que nous ne développerons pas ici. Nous invitons le lecteur à consulter les travaux de Cognet (2000, 2002, 2003, 2010) qui s'est penchée sur la question et qui relève un manque de reconnaissance du statut professionnel des auxiliaires chez les autres types d'intervenants du soutien à domicile.

dans le milieu de vie naturel des personnes âgées comporte en soi de nombreux **enjeux** reliés au **territoire privé** et à la **sécurité ontologique** des individus¹¹⁶.

La venue des intervenants signifie souvent pour les clients l'intrusion, à une période fragile de leur existence – celle de la prise de conscience de la perte d'autonomie – des services formels (**intervention de l'État**) dans leur vie et leur espace privés, ce qui engendre parfois de la **méfiance** et de la **résistance** chez les personnes âgées: *«Souvent, ce n'est pas eux qui ont fait la demande de service. Notre venue impose des changements à leur habitude, ça leur rappelle qu'ils ont besoin d'aide parce qu'ils vivent une perte d'autonomie»* (GD2 Maryse, ASSS). Ajoutons que le **caractère intime de certains services** et de certains soins, notamment les soins d'hygiène, ne relèvent pas seulement d'actes techniques mais touchent aussi à des dimensions très symboliques puisqu'elles mettent en relief **les enjeux de la nudité**, de **l'intimité de contact** et du **rapport au corps** : *«Ils ne sont pas à l'hôpital, mais chez eux. Ce n'est pas n'importe quoi d'avoir à se déshabiller devant nous. Ce n'est pas juste leur maison qu'ils sentent envahie parfois, mais leur intimité corporelle aussi»* (GD1 Victor, ASSS).

Les recommandations, voire même parfois les exigences concernant des **modifications matérielles dans le mobilier** ou dans le domicile sont aussi des sources de résistance pour certaines personnes âgées qui refusent d'apporter un changement dans leur espace de vie :

C'est perçu comme des grosses rénovations. Souvent, ils ne veulent rien savoir. Il faut travailler fort des fois pour les convaincre que c'est important

¹¹⁶ Giddens (1988) définit la sécurité ontologique des individus comme étant la «Confiance que les mondes naturel et social sont tels qu'ils paraissent être, y compris les paramètres existentiels de base du soi et de l'identité sociale» (p. 443 cité dans Morin, Crevier, Couturier et al., 2009, p. 15).

pour leur sécurité. On en arrive parfois à leur dire qu'ils n'ont pas le choix s'ils veulent demeurer dans leur domicile. Ça prend du temps et de l'énergie pour négocier ces questions-là (GD3 Graciella, ASSS).

Les intervenants reconnaissent, à ce titre, le **caractère intrusif de leur présence** tout en soulignant l'importance d'adopter une attitude et des stratégies d'ordre relationnel qui permettront de briser les réticences afin d'introduire les services et d'effectuer les actes de travail: *«On est comme des bulldozers polis quand on arrive chez eux. Il faut mettre la pédale douce si on veut entrer»* (Monique, ASSS).

Établir une relation avec le client devient une des conditions essentielles pour assurer le déroulement de l'intervention puisque l'acceptation des soins et des services ainsi que leur mise en place reposent, en grande partie, sur l'**établissement d'un lien de confiance** qui s'élabore entre les acteurs (Piercy et Woolley, 1999; Neysmith et Aronson, 1996; Paquet, 2005). La relation est ainsi inséparable des services et des soins dans ce contexte de travail: *«Les deux vont ensemble. L'un ne peut exister sans l'autre. C'est comme une douzaine d'œufs, six d'un côté, six de l'autre, et l'un est aussi fragile que l'autre»* (CAS 3-220 Monique, ASSS).

5.1.2.2 Un rapport de place particulier

«Quand tu vas chez les clients, c'est à toi de les accueillir, chez eux» (Nadia, inf.). Cette phrase d'une infirmière en dit long sur la particularité de la rencontre intervenant-client en contexte de soutien à domicile puisque ce lieu de travail spécifique **modifie le rapport de place** qui s'instaure habituellement entre un intervenant de la santé et un client:

Le fait d'entrer chez la personne, d'être reçu par elle, transforme toute l'intervention. Même si c'est toi qui donne les soins ou les services, tu es sur son territoire. C'est elle qui décide si elle ouvre, si elle ferme ou si elle te montre la porte. Elle est maître de son domaine (EIA-108 My, Inf.).

On considère, en SAD, que *«le bal est dans la cour des clients»* (GD2-209, Myriam, TS) et que, sans carton d'invitation, on n'entre pas. Twigg (1999) parle, à cet effet, du *«pouvoir d'exclusion»* qui donne à la personne la possibilité, lorsqu'elle se sent envahie dans son territoire ou même dans sa vie privée, de refuser l'entrée aux intervenants (cité dans Morin, Couturier, Crevier et *al.*, 2009, p. 28). Cette transformation du rapport de force, voire même ce «renversement de la relation de pouvoir» (Magnusson et *al.*, 1999, cités dans Morin, Couturier, Crevier et *al.*, 2009; voir aussi McAll, Tremblay, LeGoff, 1997) rend singulière l'intervention en soutien à domicile : *«J'ai un mandat qui m'est confié par le CLSC qui est mon employeur, mais dans le fond, mon boss, c'est le client. On m'envoie chez lui pour que je travaille avec lui, pour lui»* (GD3-112 Martin, TS).

Le fait que les interventions se passent *«sur des lieux éclatés et dispersés»* (Vercauteren et Babin, 1998, p. 10) transforme l'interaction puisque l'intervenant doit prendre en compte les particularités de chaque situation : *«C'est du théâtre à chaque fois que tu entres dans une maison. Tu es un personnage, le client aussi et tu joues avec la situation que tu as devant toi à un moment X»* (GD3-112 Martin, TS).

Tout en demeurant dans une relation asymétrique en raison des rôles, des statuts et des mandats qui leur sont confiés par leur profession, l'organisation et l'institution, les intervenants mentionnent qu'ils doivent **ajuster leur approche** en fonction du **statut** et du **rôle** particuliers qui sont **accordés aux clients** – mais aussi en fonction du **statut** et du **rôle** que les **bénéficiaires** et, s'il y a lieu, **la famille** leur accordent. Conscients de la responsabilité qui leur incombe dans l'élaboration de la relation qui

se crée entre eux et un client, les intervenants soulignent toutefois que l'**attitude** et les **intentions de la personne âgée** à leur égard sont un prérequis pour créer un lien de proximité (**conditions de la relation, co-crédation de la relation**) : «*C'est ce qui se passe entre nous deux qui définit la relation et la qualité du lien qui se créent*» (CAS6-788 I2, Nayla, Ergo).

Il importe de tenir compte des **attentes des personnes âgées concernant le type de relation** qu'elles souhaitent établir avec les intervenants, ce qui demande **ajustement** et **flexibilité** au niveau relationnel :

Quelles sont les attentes du client à ton égard? Comment il te voit? Certains veulent parler, d'autres ne veulent pas. Il y en a qui veulent une relation strictement professionnelle, d'autres qui souhaitent s'engager de façon plus personnelle. Il y en a qui te voient comme un ami, comme un membre de la famille, d'autres qui te voient comme quelqu'un du CLSC qui vient chez eux pour donner un service. On s'ajuste à leurs attentes, dans la mesure du possible. Avec quelqu'un qui n'aime pas parler, on parle peu. Quelqu'un qui nous voit uniquement comme un travailleur du CLSC, on agit au plan professionnel point. On ne va pas plus loin s'ils ne veulent pas. Quelqu'un qui veut que tu sois comme sa fille, qui dépend de toi, on crée un lien plus spécial des fois, mais on établit nos limites (Windy, inf.).

S'ajuster aux attentes du client mais aussi **s'adapter à certaines de leurs particularités ou habitudes de vie** font ainsi partie intégrante du travail en soutien à domicile puisque ce sont des conditions pour favoriser la mise en place des services, pour élaborer et maintenir la relation (Argyle et Henderson, 1984; Piercy et Woolley, 1999). Comme l'affirment les intervenants, et ce, de manière unanime, en soutien à domicile: «*Il faut les respecter là où ils sont dans leur bulle. Et c'est ça tout le temps*» (GD1-391 Luis, ASSS). L'adaptation et l'ajustement sont des conditions de la pratique quotidienne qui impliquent, pour les intervenants, un «processus de réinvention» (Pène, Borzeix et Fraenkel, 2001, p. 24) continu et acceptable pour les

intervenants en autant qu'il ne contrevient à leurs **valeurs personnelles**, aux **valeurs du client** ou à certaines **normes établies par l'organisation**¹¹⁷.

5.1.2.3 Les rôles de la relation

La relation, la porte d'entrée du soutien à domicile

Les **premiers contacts avec le client** représentent un moment charnière de l'intervention puisque l'introduction des services repose en grande partie sur le rapport qui s'établira entre les acteurs : «*sinon, on n'entre pas*» (EI-C)-30, Martha, TS).

Le **type de service offert** aura une influence sur l'entrée en relation puisque l'accomplissement de **tâches concrètes** sera souvent mieux accueilli que certaines **tâches plus abstraites qui doivent passer par la communication verbale**¹¹⁸. La venue de certains intervenants, comme les infirmières ou les auxiliaires par exemple, est plus facile à admettre pour les clients, puisque changer un pansement est un acte plus accepté et moins abstrait que la venue d'un travailleur social pour une évaluation, ou celle d'une diététiste pour un changement dans les habitudes alimentaires :

¹¹⁷ Piercy et Woolley (1999) diront à cet effet que les intervenants « [...] *balance expectations of agencies and clients with their own internal models of how care should be provided* » (p.22). Neysmith et Aronson (1996), parleront pour leur part du «*degré de flexibilité*» (*degree of flexibility*) des intervenants.

¹¹⁸ Ces informations confirment les propos de Saillant, Hagan, Boucher-Dancause (1994) qui se sont penchées sur la pratique des soins infirmier à domicile : «Le fait que la voie d'accès au bénéficiaire soit le corps dans son contexte familial et naturel confère aux situations de soins un caractère d'intimité qui est perçu comme un élément facilitateur de la création d'une relation significative» (p. 120).

Quand j'appelle un patient, souvent, on me demande pourquoi je viens. On me dit régulièrement: «Non, ce n'est pas important, pas aujourd'hui». Des fois, ça me prend du temps avant d'avoir la première visite. Ils sont réticents. Un coup que je suis rentrée, je suis correcte, mais ça peut être long (GD3-64 Carmen, diététiste).

Dans certains cas, les intervenants auront, pour briser la méfiance, à spécifier leur mandat ainsi que les raisons pour lesquelles ils interviennent. C'est en fait **le temps** qui leur permettra de gagner leur confiance: *«Au fil des interventions, ils finissent par comprendre qu'on est là pour les soutenir, pour leur offrir de l'aide. Pas le contraire. Avec le temps, le lien se crée, mais il faut le prendre ce temps»* (EI-D)-18 I Johanna, TS). Quant aux auxiliaires, ils avancent que faire accepter les services aux clients demande souvent la **collaboration des autres intervenants dans le dossier**, **l'assistance de la famille** lorsqu'elle est présente et la **préparation du client**: *«On les lave, on les habille, on ouvre leurs armoires, leurs tiroirs. Ça ne s'accepte pas du jour au lendemain»* (GD3-78 Marco, ASSS).

Différentes **stratégies sont mises en place** par les intervenants **pour faciliter l'introduction des services ou des changements**. Tous s'entendent pour dire qu'il ne sert à rien de débiter avec des prescriptions, des recommandations, des questions ou des opinions professionnelles si la relation n'a pas été établie au préalable. L'importance accordée au développement de cette relation leur permettra de détourner leur objectif technique d'intervention et de **procéder à des visites additionnelles** qui serviront parfois uniquement à créer un lien de confiance. Ressort ici toute l'importance du rôle relationnel (Vercauteren et Babin, 1998) qui devient un support pour le travail:

La relation de confiance, ça passe avant de faire n'importe quel travail. Quand la résistance est grande, ça m'arrive de faire deux, trois visites sans donner le bain, juste pour qu'il m'accepte, qu'il comprenne qui je suis, qu'est-ce que je

suis venue faire dans leur vie. Il faut le prendre ce temps, c'est une condition pour que les services soient acceptés» (CAS 3-228 Monique, ASSS).

Respecter le client dans ce qu'il est, respecter son **vécu**, ses **attentes**, ses **expériences** et ses **inquiétudes** sont des façons pour les intervenants de créer un lien de confiance et de favoriser la réceptivité de la personne âgée : *«Il faut d'abord laisser la personne parler. Il faut se le permettre en SAD parce que si on n'a pas ça, on n'a pas le reste»* (EI-D)-22 Johanna, TS).

Il en résulte une **approche personnalisée des services** puisque les intervenants soulignent l'importance de **connaître la personne âgée**, de **prendre en compte sa personnalité** et son **mode de vie** (cultures, traits de caractère; conditions physiques, mentales et psychologiques; horaire; habitus; etc.), dans le but, comme l'a mentionné Paquet (2005), de «ne pas heurter les normes, les croyances et les valeurs de référence des [clients et de leur famille] et de ne pas entrer en contradiction avec celles-ci et de respecter les façons de faire [...]» (p. 211).

Ajoutons que le lieu de l'intervention transforme les conditions de la relation puisque les attentes relationnelles du client sont généralement plus grandes que dans les autres secteurs d'intervention : *«In home care, clients are less tolerant of interpersonal care»* (Patricia, inf. stag.). Piercy et Woolley (1999) affirment à cet effet que le pouvoir qui revient à la personne âgée, dans son domicile, lui permet de déterminer certaines règles de la relation qu'elle souhaite entretenir avec les intervenants (p. 54).

Intervenir au domicile est un avantage pour l'élaboration de la relation puisque ce lieu permet un **accès plus direct à l'histoire de la personne, à sa vie, à ce qu'elle aime**. Les photos sur les murs, la présence de tableaux, d'objets singuliers peuvent, par exemple, informer les intervenants sur des intérêts particuliers qui deviennent des

portes d'entrée (**stratégies relationnelles**) pour amorcer la discussion : *«On voit leur vie, on est des témoins de leur passé et de leur présent. On voit des trophées, des collections d'horloge, des toiles qu'ils ont peintes, on leur en parle, ils sont contents de nous raconter»* (EI-C)-37 Martha, TS). Bref, la visite à domicile permet de placer le client dans une histoire, dans un quotidien et donne un meilleur profil de ses conditions, ce qui sert tout autant à l'évaluation et à l'instauration d'un service mieux adapté à la réalité du client, qu'à la création d'une relation de proximité, considérée, par la plupart des intervenants, comme un élément essentiel dans l'intervention (McAll, Tremblay, LeGoff, 1997).

Les **affinités personnelles** sont décrites par les intervenants comme étant un facteur important de la réussite de la relation dès les premiers moments, sans égard à la profession. Ainsi, *«tout élément qui pourra servir à la relation sera saisi»* (Meintel, Cognet et Lenoir-Achdjian, 1999, p. 66). Dans cette optique: *«Les échanges se font sur la base d'affinités liées à l'âge, les hobbies, le partage d'une même langue maternelle et d'une même origine ethnique ou encore d'une expérience migratoire partagée [...]»* (Cognet, 2002, p. 49). Cette dimension a d'ailleurs fait l'objet de nombreux commentaires:

Les points communs de personne à personne deviennent parfois plus importants que le type d'intervenant ou le type de service. Et ça, peu importe la culture. Il faut trouver l'élément qui «fit» avec la personne. Ce «fit», il peut être en lien avec l'âge ou le sexe ou des expériences communes, ou simplement en lien avec des traits de caractère qui rapprochent les personnes. Ça devient très important en soutien à domicile (EI-C)-36 Martha, TS).

Les identités personnelles et sociales sont donc étroitement liées aux **identités professionnelles** dans ce type de travail :

Quand il y a le «clic», c'est mon identité personnelle qui est interpellée. Ça va au-delà de mon identité professionnelle d'infirmière, même si elle est toujours là. Je vois le client comme une personne et non pas seulement comme un patient. Et le client me voit comme une personne et non pas seulement comme une infirmière. Nos liens reposent sur le fait que nous sommes des femmes, par exemple, ou des mères. Ils peuvent aussi reposer sur des caractéristiques personnelles que l'on a en commun, comme aimer socialiser par exemple (EI-A)-136 My, Inf.).

L'importance des affinités personnelles est d'ailleurs prise en compte par les gestionnaires de cas (pivots) à qui il arrivera de considérer les traits de caractères des clients et leurs besoins pour choisir un intervenant plutôt qu'un autre (**pairage de personnalité**) afin de créer un climat de confiance et personnaliser la relation. **Les façons d'intervenir**, propre à chaque intervenant, ainsi que leur **personnalité**, deviennent, dans cet ordre d'idée, des éléments qui peuvent être pris en compte pour assurer le bon déroulement des services :

Quand on doit faire entrer des auxiliaires ou des infirmières chez un client, ça nous arrive d'avoir le choix entre différentes personnes de l'équipe. Chacun a sa personnalité, son expérience, son vécu, son style d'intervention et des approches qui peuvent être très différentes. Il y en a qui sont plus là pour brasser les choses et les faire bouger, alors que d'autres, leur approche est basée sur l'écoute et sur l'importance de prendre du temps avec le client. Avec des personnes plus réticentes, on regarde avec qui ça risque de cliquer le mieux au niveau de la personnalité et au niveau de la façon de travailler. Ça fait souvent toute la différence (GD3-108 Martin, TS).

Mais c'est surtout **le temps**, l'allié le plus précieux des intervenants, qui leur permettra de briser la résistance des clients puisqu'il favorisera l'établissement d'un lien qui outrepassera l'aspect strictement professionnel et prendra, pour la personne âgée, une dimension plus **humaine**, plus **personnelle**:

We had a patient, she was not happy to see us at the beginning. We tried very hard to made her accept the service. She didn't want to talk with us. We took our time, we were polite, respectful, and after a couple of weeks, she invited us to take time for a cup of tea. She recognized not only the nurses, but the humans we were. Once they know you, once they see you, once the relationship is built, they can appreciate more what you do for them and they can appreciate you more as a person (Patricia, Inf-stag.).

Les intervenants mentionnent d'ailleurs que **le temps dont ils disposent** auprès des clients représente un des grands avantages du soutien à domicile: «*La relation que l'on a avec les clients, on y a accès à cause du temps que l'on peut passer avec eux*» (CAS 4-5-165 Nadia, Inf.). «Temps» et «relation» sont intimement liés puisque ce sont ces deux facteurs qui permettent de créer un lien, de connaître le client et d'adapter les façons d'intervenir de façon personnalisée:

Plus on passe du temps avec l'utilisateur, plus on reconnaît les détails de sa vie, on le connaît plus facilement, on connaît sa personnalité, on comprend à quel moment il va moins bien réagir, à quelle intervention il est peut-être moins ouvert. Et on sait, avec le temps, comment s'y prendre pour contourner certaines interventions qui sont plus difficiles. C'est ça qui va créer le plus de facilité dans le futur avec une personne qui, au début, réagissait moins bien à nos interventions (EI-D)-8 I Johanna, TS).

Gagnon et Saillant (2000) mentionnent à cet effet que le temps est, pour les intervenants, ce qui fait la spécificité de l'aide et des soins à domicile si l'on compare aux soins institutionnels puisque celui-ci s'inscrit dans la tâche et qu'il ne peut se distinguer de la relation:

La question du temps est aussi liée au fait de la spécificité de la condition même des [aînées], en «perte d'autonomie», et [que] le contact avec ces personnes «naturellement» exige du temps. Donner des services à domicile, c'est accorder de l'importance au temps que l'on prend, c'est aussi accepter que le travail peut prendre du temps (p. 99).

La relation, un outil pour favoriser l'autonomie du client

La relation intervenant-client, en plus de permettre l'introduction et la mise en place des services, possède d'autres fonctions puisqu'elle **contribue à favoriser l'autonomie des clients** (Saillant et Gagnon, 1999). Le but officiel du service étant de permettre à la personne de demeurer le plus longtemps dans son domicile tout en s'assurant qu'elle est en sécurité, demande aux intervenants de réserver un espace à la discussion pour favoriser le développement de cette autonomie. **L'usage de propos généraux à travers des échanges de sociabilité, l'écoute active, le respect, l'ouverture et la flexibilité** sont des **stratégies** qui leur permettent de favoriser la réceptivité de la personne âgée. Individualisation de la relation, communication et collaboration avec le client – et s'il y a lieu, les aidants – deviennent ici des outils d'intervention pour favoriser le changement et le maintien de l'autonomie : « [...] dans le contexte des soins à domicile, dans nombre de cas il est possible d'atteindre l'autonomie en étant en véritable relation avec les personnes » (Saillant, Hagan, Boucher-Dancause, 1994, p. 123). La dimension instrumentale de l'intervention, voire le contenu, passe par la relation, mettant ici en relief le caractère dialogique de la relation de soins (Benner et Wrubel, 1989):

Il y a toute une gymnastique que les clients et moi faisons pour qu'ils conservent leur autonomie. Ça passe d'abord et avant tout par la discussion, par l'échange, par la négociation, par la relation, encore plus souvent que par des actes ou des conseils techniques. Je leur dis qu'ensemble, eux et moi, on peut être plus forts. Ils font des petites choses et je leur montre que je suis fière d'eux. Ça les pousse à faire encore plus. C'est la relation qui permet ça (GD2-30, Monique ASSS).

Travailleurs sociaux, ergothérapeute, infirmières, auxiliaires, etc. auront chacun leur raison pour construire la relation lorsque celle-ci est mise en lien avec leurs **objectifs**

d'intervention. Le lien établi avec le client représente, pour les travailleurs sociaux par exemple, une stratégie qui leur permettra de faciliter l'acceptation lorsque la dégradation de l'état de santé nécessitera un hébergement :

On commence souvent à y aller de façon ponctuelle, pour une évaluation, mais on sait qu'un jour ou l'autre, on risque de revenir pour l'hébergement. C'est pour ça qu'on crée la relation parce que l'hébergement ce n'est pas un passage facile ni pour la personne âgée, ni pour la famille. Le fait de les connaître depuis un certain temps, ils vont écouter et accepter un peu plus (GD2-93 Myriam, TS).

On peut considérer, à l'instar de Saillant et ses collègues (1994), que s'installe, entre l'intervenant et le client, un partenariat qui s'inscrit dans un processus nécessitant relation et négociation : «Ce partenariat se concrétise dans un contrat, à portée symbolique, que l'on défait et refait dans le temps. Quand chacun "fait son bout de chemin". C'est dans cet espace que se négocie "le partage des responsabilités" entre les différents acteurs [...]» (p. 123).

La relation pour faire du bien au client... et à l'intervenant

Les intervenants mentionnent qu'ils s'écartent fréquemment de l'objectif de la rencontre pour donner un espace aux sentiments et à l'état émotif de la personne âgée, ce qui montre que l'intervention en soutien à domicile s'inscrit dans une **relation d'accompagnement**, voire dans une **pratique de proximité**, où le besoin du client passe parfois avant le mandat prescrit par l'organisation: «*On a une tâche précise à faire quand on va chez les gens. Mais on est là aussi pour les assister, les épauler. Des fois, il y en a qui ont surtout besoin d'échanger, de parler. Et quand c'est ça leur besoin, on s'ajuste et on y répond*» (GD1-19I6, Paloma, ASSS).

Les **moments d'échanges et de socialisation** sont, selon les intervenants, aussi **bénéfiques pour la santé des clients** que le soin ou le service technique: «*La condition du soutien à domicile, c'est de prendre le temps avec les personnes âgées, c'est de ça qu'elles ont besoin, et ça, c'est toutes les origines confondues*» (GD2-30 Monique, ASSS).

Prendre le temps de discuter avec le client est une des caractéristiques fondamentales du travail réel :

C'est thérapeutique aussi. Ce n'est pas le pansement seulement qui guérit, surtout avec les personnes âgées. Notre premier but c'est qu'ils gardent leur autonomie (travail prescrit). Mais quand on prend le temps, on arrive à faire tellement plus (travail réel). Moralement ils sont mieux et souvent, il y a des améliorations dans leur état de santé. On déborde de notre mandat, mais c'est ce qui nous permet de les amener un peu plus loin (valeur ajoutée du travail réel) (Cas 4-5-159 Nadia, Inf.).

Ajoutons qu'à travers les liens qu'ils développent, ils ont parfois «à soigner toute l'histoire de ces gens» (Lapointe, 2000, p. 43, cité par Paquet, 2005, p. 157) :

Il y a des choses qui remontent à la surface, surtout quand il y a des problèmes cognitifs. J'ai plusieurs clients qui sont des survivants de l'Holocauste ou qui ont été prisonniers de guerre dans leur pays et qui ont été très traumatisés. Il faut aller chercher cette information-là parce que ça peut jouer sur les comportements qu'ils sont et sur l'acceptation de ce qu'on a à offrir (GD2-218 Myriam, TS).

La grande solitude vécue par la clientèle âgée est un point souligné avec force¹¹⁹ puisqu'une grande proportion vit seule et ne possède pas vraiment d'entourage, de

¹¹⁹ Sur le territoire couvert par le CSSS de la Montagne, près de 40% des personnes âgées de 65 ans et plus vivent isolées (38,9%), sans réel réseau familial, social ou

famille ou d'amis : «*Dans nos "case load", à peu près 80% de notre clientèle vit seule et très isolée. C'est surtout ça la clientèle que l'on a à gérer. Quand il y a présence d'aidant, on intervient moins*» (EI-D)-6 Johanna, TS). **Alléger l'isolement des clients** fait ainsi partie des préoccupations des intervenants qui affirment que leur présence compte pour beaucoup puisqu'ils représentent parfois le seul lien social de la personne (Lo Faso, 2000; Mégie, 2005; Piercy et Woolley, 1999).

Les auxiliaires sont nombreux à relater l'importance de prendre du temps avec les clients pour simplement leur permettre de penser à autre chose qu'à leur solitude ou à leurs problèmes de santé :

Souvent, on est la seule visite régulière que les clients vont avoir. Ils ne veulent pas juste des services, ils veulent un peu de vie avec ça... De la bonne humeur, un sourire, de l'écoute, de l'espoir, de l'empathie. Juste une tasse de thé, pendant que l'on se parle, ça change le mal de place, ça permet à la personne de parler d'elle, de raconter son passé, de dire ce qu'elle ressent. D'exister quoi (GD2-30b Monique, ASSS).

Certains avoueront offrir, de leur plein gré, du temps additionnel (**temps donné**¹²⁰) aux clients qu'ils considèrent les plus nécessiteux: «*Des fois, j'entre dans ma pause, ou je peux rester plus tard. Ça me convient parfaitement de pouvoir accorder plus de temps dans certains cas*» (CAS 4-5-165 Nadia, Inf.). Certains suivis de santé serviront de prétexte aux intervenants qui disent y aller surtout pour assurer une présence:

communautaire, ce qui entraîne une incidence sur le type de besoins et sur la consommation de services (CSSS de la Montagne, 2006, p. 10).

¹²⁰ Gagnon et Saillant (2000). Pour ces auteurs, «Ce temps "donné", s'il permet la relation, démontre aussi l'intérêt que l'on a pour l'autre; il manifeste concrètement l'ouverture, la disponibilité, le fait que la personne que l'on aide et soigne compte pour quelqu'un d'autre, fut-il un "étranger"» (p. 100).

J'ai un monsieur, il a une petite plaie de rien qui ne veut pas guérir. Il vit seul et il n'a pas de famille. J'y vais chaque jour, c'est le médecin qui l'a demandé. Dans le fond, j'y vais surtout pour jaser. C'est bon pour son moral, c'est une activité pour lui et ça lui fait du bien de me voir (GD2-173 Windy, Inf.).

Il est possible de constater, à l'instar de Gagnon et Saillant (2000), que le temps, parfois considéré par les intervenants «comme un besoin et une attente de la part des aidés, se traduit sous une forme de présence et de parole à donner, à échanger, à prendre [...] il serait plus important que le service lui-même» (Gagnon et Saillant, 2000, p. 98).

Les intervenants reconnaissent qu'ils apportent autre chose aux clients que des services et notamment un peu d'eux-mêmes :

Ce que je suis, c'est ce que j'apporte. J'y vais pour la douche, mais ce n'est pas juste ça que les gens veulent. C'est moi qu'ils veulent, c'est ma présence et c'est mon soutien, c'est le fait que je suis là pour les écouter, pour les entendre, pour les comprendre. Je suis là chez eux, dans leur intimité, avec eux. Il n'y a pas rien de mieux que ça pour eux et ça leur fait du bien. Et ça me fait du bien à moi aussi quand je vois que ma présence les a réconfortés (GD2-150 Anne-Marie, ASSS).

La dimension de l'accompagnement, telle que vécue en soutien à domicile, se vit de façon beaucoup plus personnelle que dans d'autres secteurs de services sociosanitaires. Plusieurs intervenants apprécient d'ailleurs cette caractéristique puisqu'elle représente une grande source de satisfaction et de motivation (Hagan, Saillant, Boucher-Dancause, 1994) dans leur travail: «C'est un grand privilège pour moi d'accompagner les personnes âgées et de leur faire du bien, pas juste de leur donner des soins» (GD3-116 Jean-Pierre, Inf.).

La relation est aussi considérée comme un «**espace de valorisation**»¹²¹ pour les auxiliaires :

Ce qui est important pour moi, c'est quand je vois que je suis appréciée, attendue par le client. Quand j'arrive et que je vois son sourire, c'est ça mon salaire à moi. Quand je vois que je lui fais du bien, qu'il est content de ce que je fais pour lui et avec lui, ça, ça n'a pas de prix. Je pars le cœur content.
(GD1, Miranda, ASSS)

Les commentaires que nous avons obtenus des autres types de professionnels montrent que cet espace de valorisation les concerne aussi puisqu'ils reconnaissent que la dimension humaine de leur travail leur apporte une satisfaction qui va au-delà de la tâche accomplie. Plusieurs soulignent d'ailleurs que le lien qu'ils établissent avec certains clients est tout aussi important pour leur satisfaction personnelle (**espace de reconnaissance**) que celle qu'ils ressentent pour leur travail bien fait (Piercy et Woolley, 1999):

Je ressors satisfaite au niveau professionnel quand ma tâche technique s'est bien passée et que j'ai rempli mon rôle d'infirmière. Mais il y a aussi le niveau plus personnel, plus humain, qui concerne la relation avec le client pendant la rencontre. Quand ça se passe bien, ça me réchauffe le cœur et je ressors satisfaite parce que j'ai fait du bien mais aussi parce que ça m'a fait du bien à moi (EI-A)-140 My, Inf.).

La relation d'accompagnement qui caractérise le lien qui se crée en soutien à domicile semble relever d'«un principe de responsabilité», d'une «éthique du souci dans la quotidienneté» et s'inscrivent dans «une pratique constante de l'attention à l'Autre» (Saillant, 2000, p. 166). Cette relation s'inscrit aussi, pour les intervenants,

¹²¹ Cognet, 2002a. Voir aussi les travaux de Cognet et Raigneau, 2002; Bonnet, 2006, 2008; Bonnet et Minary, 2004; Gagnon, David, Cloutier et *al.*, 2003; Neysmith, 1996; Piercy, 2000; Piercy et Woolley, 1999 qui traitent tous de cette question.

dans une recherche de reconnaissance qui passe, d'abord et avant tout, par le regard du client. Tel que le mentionne Avarguez (2009), «satisfaction et plaisir au travail [...] naissent le plus souvent de la satisfaction de l'utilisateur qui génère un sentiment de reconnaissance du travail fourni» (p.11).

Les intervenants mentionnent cependant qu'il est préférable de ne pas avoir d'attente de nature relationnelle envers le client, même si l'ouverture de celui-ci est un facteur qui facilite grandement leur travail et qui le rend plus agréable. **Don et contre-don de nature relationnelle** sont toutefois des éléments favorisant la satisfaction des deux parties :

On doit arriver avec notre ouverture et on voit ce qu'ils sont prêts à nous donner et à nous offrir. En fait, c'est surtout toi qui donnes. Si tu ne reçois pas, ça ne doit pas avoir de répercussions sur ton travail : tu fais ton travail, tu souris, tu fermes la porte, tu t'en vas. Mais c'est toujours mieux quand tu reçois, ça rend les visites plus plaisantes pour tout le monde et l'atmosphère est plus détendue (CAS3-42, Anne-Marie, ASSS).

5.1.2.4 La nature de la relation

Que celle-ci soit nommée «*loving care*» par les ASSS, «*personal caring*» par les infirmières et infirmiers, «*caring*» par les TS ou qu'elle soit moins clairement définie par les ergothérapeutes, les diététistes ou les physiothérapeutes, la relation intervenant-client demeure un aspect fondamental du travail en soutien à domicile : «c'est cette qualité sociale de la relation lors des visites à domicile qui est mise de l'avant par plusieurs intervenants comme étant l'élément-clé d'une intervention réussie» (McAll, Tremblay, LeGoff, 1997, p. 106).

Cette relation se veut complexe de par l'équilibre qu'il faut maintenir entre la **proximité relationnelle** et la **distance professionnelle** (McAll, Tremblay, Le Goff, 1997). Tous soulignent qu'il faut arriver à concilier *«une attitude professionnelle tout en créant un lien d'intimité avec le client»* (GD2-156 Monique, ASSS). Ce lien d'intimité ne peut se limiter à des échanges uniquement basés sur les dimensions techniques de l'intervention puisque plusieurs intervenants soulignent l'importance de *«développer des actes relationnels basés sur l'affectif»* (Vercauteren et Babin, 1998, p. 68) qui requièrent, de leur part, une implication de nature personnelle: *«Il y a une intimité plus forte qui se crée, des échanges qui se veulent plus personnels, et ça, c'est pour tous les intervenants. Les gens veulent savoir cette partie plus personnelle de notre vie : On est marié? On a des enfants? Quel âge ont-ils? A chaque visite, ils prennent des nouvelles de nous et de notre entourage»* (EI-C)-39, Martha, TS). Les intervenants mentionnent à cet effet que l'implication dont ils font preuve se doit d'être authentique puisque les clients ressentent rapidement s'ils ne sont pas sincères: *«Il ne faut pas que ce soit quelque chose d'artificiel. Si tu le fais uniquement dans ton intérêt, ils vont le sentir tout de suite»* (GD2-298 Nathalie, TS).

Ce partage d'intimité possède tout de même des délimitations qui permettent à la relation de conserver sa coloration professionnelle:

On peut leur parler de notre vie en général, mais pas de choses personnelles. Je peux dire à une cliente que je suis allée au cinéma avec ma fille, mais je ne lui dirai pas que je me suis chicanée avec son père en fin de semaine. Elle par contre, elle peut décider de me raconter des tas de choses très intimes et ça, ça fait partie de mon travail (CAS 3-221 Monique, ASSS).

Le **type de relation** qui s'établit entre les intervenants et les clients peut prendre différentes formes en fonction du type de professionnel, des **mandats** confiés par l'organisation et de la **durée de la relation**: *«Avec les professions comme physio,*

nutritionniste, on va chercher une expertise plus technique. Une fois l'expertise donnée, ils passent à autre chose» (GD2-93 Myriam, TS). Plus axées sur les tâches lorsqu'elles décrivent leur travail, elles soulignent que le **manque de ressources** et le **type de mandat** qui leur est confié influencent tous les deux la relation qu'elles établissent avec leur clientèle puisque les suivis ne se font pas sur une base régulière (**interventions à court termes basées sur des objectifs concrets réalisés rapidement, expertise plus technique**) et que la surcharge de travail ne leur permet pas de développer une relation de proximité telle que décrite par les autres types de professionnels. Elles soulignent par contre qu'un lien minimal est nécessaire pour effectuer les services : *«En soutien à domicile, pas de relation veut dire ne pas rentrer chez le client ou refus de service. Mais c'est sûr que ce n'est pas le même genre de relation qu'avec les infirmières ou les auxiliaires»* (Carole, diététiste).

Les auxiliaires ainsi que les infirmières et les travailleurs sociaux sont les intervenants qui mentionnent avec insistance l'importance de la dimension relationnelle dans leur travail : *«Les TS, les auxiliaires, les infirmières, on est beaucoup plus dans la relation, on s'implique plus. Parce qu'on reste à plus long terme* (GD2-93 Myriam, TS)¹²². La **fréquence** et la **durée des visites** sont des conditions qui, mises ensemble, ont un impact sur le type de relation qui se développera. Des interventions rapprochées qui durent entre trente minutes et deux heures permettront aux intervenants d'avoir une approche plus personnalisée des soins, alors que des **interventions rapprochées mais restreintes dans le temps** auront tendance à créer une **relation moins forte** puisque les intervenants font des visites courtes et ont peu de temps pour discuter avec les personnes âgées : *«Dans ces cas, on ne voit pas beaucoup d'évolution ou de développement dans la relation*

¹²² Les ergothérapeutes, lorsqu'ils sont intervenants pivots, affirment eux aussi que la relation est un élément fondamental pour favoriser le bon déroulement de l'intervention.

interpersonnelle. C'est une relation à tendance professionnelle surtout, mais on assure tout de même une présence» (EI-A)-30 My, Inf.). La durée de la relation est un autre élément qui favorise l'établissement d'une relation forte «In home care, you see clients for two years, three years, ten years, forever sometimes you feel like. The relation you build can get very strong» (EI-A)-50 Patricia, Inf.-stag.).

Les intervenants ayant des **mandats plus ponctuels** auront tendance à considérer qu'un lien est créé dès que le client accepte que la rencontre ait lieu : *«Des fois, j'ai 50% de ma relation d'établie parce qu'ils savent que je viens les voir et qu'ils acceptent que j'entre chez eux» (GD1 Carole, diététiste). D'autres, moins nombreux, affirmeront limiter leur implication personnelle dans la relation puisque là n'est pas leur mandat :*

On ne peut pas devenir ami avec eux. J'ai un travail à faire. Oui, il y a une relation qui doit se bâtir, mais elle reste à l'intérieur de mon mandat. Je ne m'implique jamais personnellement avec les clients, ce n'est pas ça mon rôle (Cas 6 Nayla, ergo).

Les auxiliaires, les infirmières et les travailleurs sociaux, diront, par contre, que le lien s'établit de façon graduelle et qu'il est important de prendre le temps de bâtir une relation de proximité qui implique un certain degré d'investissement personnel. L'implication affective est d'autant plus présente lorsque la relation est forte et ce, tant chez le client que chez l'intervenant et plus particulièrement chez les auxiliaires :

Parfois, c'est beaucoup plus qu'une relation intervenant-client. J'ai une cliente, avec qui j'ai une relation très forte. Elle a été hospitalisée et elle a fait appeler l'hôpital au CLSC pour que je ne m'inquiète pas. Ça ne veut pas dire qu'on va s'inviter à souper la fin de semaine, mais il y a un respect, un attachement, quelque chose de fort qui nous lie (Cas 3-237, Monique, ASSS).

Les intervenants utilisent d'ailleurs plusieurs images pour parler du type de lien qui se crée, surtout lorsque celui-ci est fort. Certains feront allusion, comme nous l'avons vu dans l'analyse de nos entretiens post-observations, à l'**amitié** : *«On devient un confident, un ami à qui ils peuvent se confier, quelqu'un qu'ils attendent. Des fois, je me sens comme le Petit Prince qui est attendu par le renard»* (GD2-26 Anne-Marie, ASSS). L'affirmation de cette auxiliaire montre aussi que *«Prodiguer des soins dans le milieu de vie des personnes amène un sentiment d'être "attendue" et "désirée" par les bénéficiaires»*, ce qui engendre, chez l'intervenant, un «sentiment d'utilité» et une «position de confidente» qui sont perçus comme un privilège (Hagan, Saillant, Boucher-Dancause, 1994, p. 120).

D'autres feront allusion à la famille¹²³ ou à un type de relation qui dépassera le **lien familial**:

J'ai des clients qui me font des confidences et qui me demandent de ne pas en parler à leur famille. Ils me disent qu'ils me considèrent comme leur fils, plus même que leur fils parce qu'il y a des choses qu'ils me racontent qu'ils ne raconteront pas à leurs enfants (GD1-22 I-6, Jean, ASSS).

Les liens créés avec les personnes âgées vivant seules donc, jugées plus vulnérables, seront parfois plus forts puisque le sentiment de dépendance qui peut se produire chez le client entraîne, pour les intervenants, **un sentiment de responsabilité accru**. Certains deviendront même un «membre significatif» (Hagan, Saillant, Boucher-Dancause, 1994) du réseau de la personne âgée ce qui pourra mener à une forme de rapport «pseudoparental» (Djaoui, 2007, p. 160) :

¹²³ La notion de «famille» ressort plus que celle d'amitié dans les commentaires des intervenants.

J'ai un client qui a 97 ans, ça fait des années que je le connais. Il vit seul, c'est un survivant de l'Holocauste. Je me sens comme un membre de la famille pour lui. Il m'appelle souvent. J'ai l'impression de prendre des décisions pour mon père parce qu'il est très dépendant de moi. C'est comme s'il mettait la responsabilité sur moi. Il me dit : «You've known me for a long time, you know what I like, you know what I don't like. You know me best». Je suis comme sa fille (GD2-98 Mariette, TS).

Une relation forte avec un client ne signifiera cependant pas l'octroi d'un temps additionnel ou une meilleure offre de services puisque les intervenants ajustent leurs visites en fonction de l'état et des besoins du client :

On y va en fonction des priorités. Des fois, c'est difficile, mais il faut rester neutre. J'ai une cliente facile, gentille et très charmante qui veut être amie avec moi. Elle voudrait que j'y aille plus souvent mais elle n'a besoin que d'une visite aux quatre mois. Il y a d'autres clients qui sont beaucoup plus difficiles et que je vois plus régulièrement parce que ce sont des cas plus lourds. C'est beaucoup plus demandant pour moi d'aller les voir que d'aller voir ma cliente accueillante et souriante. Je sais que je vais ressortir de là épuisée plutôt que rafraîchie, mais c'est comme ça (EI-C)-41 Martha, TS).

5.1.2.5 Les difficultés de la relation de proximité

Une distance professionnelle nécessaire pour survivre à son travail

Pour les intervenants, la relation, beaucoup plus développée en soutien à domicile, peut mener à une «intensification de la charge émotionnelle» (Cognet, 2002, p. 41¹²⁴) susceptible d'entraîner un épuisement professionnel s'ils ne sont pas vigilants : *«Il faut faire attention et savoir jusqu'où on va. Il faut garder la distance mais on est humains, et les intervenants en soutien à domicile, nous sommes très sensibles à la*

¹²⁴ Aronson et Neysmith (1996), mentionnent aussi cet aspect.

dimension humaine (Cas 4-5-167 Nadia, Inf.). Ils affirment qu'en soutien à domicile, la ligne est parfois mince entre la distance et l'implication personnelle et émotive.

Certains intervenants accepteront parfois de rentrer dans des zones qu'ils jugent eux-mêmes hasardeuses en raison de la bonne relation qu'ils ont établie avec certaines personnes âgées. Il leur arrivera de déborder de la tâche prescrite pour offrir, comme l'indiquent Gagnon, Saillant et coll. (2000), «des "petits plus" qui feront la différence» (p. 82) :

Ça peut arriver quelques petites exceptions avec des clientes que j'aime beaucoup. Avec certaines personnes, on sait que des petits services ou des petits extras ne les pousseront pas à abuser et qu'ils seront juste contents et très reconnaissants. Moi, ça m'aura juste fait plaisir. Je sais que c'est limite, mais j'assume mes actes (Monique, ASSS).

Les intervenants, plus particulièrement les auxiliaires, les infirmières et les travailleurs sociaux, nous racontent comment il est difficile de garder une distance empathique avec certains clients lorsque ceux-ci ont vécu des drames terribles: «*Quand il y a une dame juive qui te flatte le bras en te montrant son tatou d'Auschwitz, il y a un frisson froid qui te passe à travers le corps. Tu as un respect total pour ces personnes-là. Tu ne peux pas rester de glace*» (GD1-23 I-1, Luis, ASSS). Certains ne pourront s'empêcher d'entrer en sympathie avec leurs clients : «*Ça m'arrive de pleurer avec eux parce que quand ils commencent à nous raconter des choses pénibles, ça devient vraiment pénible pour moi aussi*» (GD2-211 Mariette, TS).

Notons de plus que la relation élaborée dans le temps rend plus difficile le détachement professionnel :

Une fois qu'on connaît bien la personne, ça devient difficile de se détacher. Il faut le faire, on arrive à le faire, mais on est quand même influencé par tout ce qui lui arrive. Ça vient nous chercher quand on apprend qu'elle est à l'hôpital ou qu'elle a eu une mauvaise nouvelle. C'est la partie la plus difficile de nos interventions: on veut bien se détacher comme professionnel mais comme on passe beaucoup de temps avec la personne ça devient difficile (EI-D)-8 I Johanna, TS).

Les réactions des intervenants suite au décès de certains clients montrent parfois la force de l'implication émotive qui peut survenir lorsque l'on travaille en soutien à domicile: *«Une personne qui décède ça vient nous chercher, surtout quand ça fait longtemps qu'on la suit. C'est là qu'on se rend compte qu'on avait avec elle des liens qui étaient plus forts que l'on pensait. C'est la partie un peu plus compliquée de notre réalité (EI-D)-10 I Johanna, TS).* Ou comme le mentionne cette auxiliaire: *«Quand certaines personnes décèdent, ça te fait mal. Des fois, c'est comme si tu as perdu quelqu'un de ta famille. Ça va jusque-là des fois» (GD1-22 I-6, Odette, ASSS).*

Les intervenants reconnaissent ainsi que *«la charge émotive de la relation personnelle»* (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 28) fait partie intégrante de leur travail. **Conserver une distance professionnelle et établir des limites** deviennent des **stratégies de protection** qui permettent aux intervenants de conserver un équilibre dans la relation qu'ils établissent avec certains clients. Les auxiliaires sont particulièrement sensibles à cet élément. L'expérience – ou ce que Vega (2001) décrira comme *«le douloureux apprentissage de la bonne distance à maintenir»* (p. 195) –, leur aura appris à modérer leur investissement pour ne pas s'engager de façon trop personnelle:

Ça fait 22 ans que je travaille ici et avec les années on apprend. Quand je suis chez le client, je suis avec lui à 100%. La minute où je quitte, je ferme dans

ma tête. Je suis impliquée quand je suis là, et je donne beaucoup parce que ce sont des gens qui ont surtout besoin d'amour. Mais nous devons créer une distance parce que si nous prenons leurs problèmes et leurs douleurs et que nous nous les mettons sur le dos, nous ne survivrons pas à notre travail. Tu peux les aider, leur rendre la vie plus facile, mais tu ne peux pas les sauver (GD1-76 I-2, Miranda, ASSS).

Travailler avec la clientèle «difficile», pas toujours facile

Les intervenants reconnaissent toutefois que l'implication émotive et l'attachement seront souvent moins forts avec les **clients** qu'ils jugent «**difficiles**», c'est-à-dire ceux qui sont exigeants, ceux qui ont des **attitudes désagréables** ou qui sont d'**éternels mécontents**, ceux **qui ne veulent pas collaborer**, ceux qui **refusent les soins ou les services**, ceux qui sont considérés comme des **cas lourds en raison de troubles de santé mentale** ou ceux qui, d'après eux, **abusent du système**:

Oui, la relation peut être forte en soutien à domicile. Mais il ne faut pas se leurrer non plus. Il y en a un grand nombre qui, à la longue, nous tombe sur les nerfs. Il y a des patients qui, pour X raisons, ne prennent pas soin d'eux, qui sont des cas extrêmement complexes, traitements de maladies, traitements de plaies qui n'en finissent plus, des gens qui ont des problèmes de comportements, de santé mentale, qui sont supposément aptes mais qui, dans les faits, ne le sont pas vraiment. Ça devient des traitements et des soins quotidiens et ça dure des années. Il y en a qui ne veulent rien nous dire. Il y en a qui connaissent leurs droits et qui en profitent en masse. Ils n'attendent que les services. Ce sont des abonnés aux plaintes. Et ça n'a rien à voir avec la langue ou avec l'origine de la personne (GD3-265 Jean-Pierre, Inf.).

Les intervenants mentionnent que leur attitude se modifie avec ces clients «difficiles» puisqu'ils ont tendance à être **plus distants** et à **moins s'investir dans la relation** pour se retrancher dans une **attitude plus technique** : «*On a hâte de briser les liens des fois ou on demeure au niveau professionnel parce que ce sont des situations qui*

tournent en rond et qui sont épuisantes» (GD3-265 Jean-Pierre, Inf.). On constate que la lourdeur de certains cas peut parfois devenir une charge de travail et une charge émotionnelle pesantes pour les intervenants qui, malgré les difficultés, vont se sentir responsables (**sentiment de responsabilité envers la clientèle vulnérable**), au niveau des services, d'assurer la sécurité de leurs clients même si le lien qu'ils bâtissent avec eux est moins fort :

Il y a des clients à qui l'on s'attache moins mais que l'on doit voir régulièrement parce qu'on se sent responsable d'eux et qu'on doit leur offrir plus de services. Avec ces clients, ce n'est pas une question de lien mais de responsabilité. Parfois, je vois mon chef de programme et je lui dis : «Je trouve que ce patient-là devrait être à l'hôpital» et puis il dit : «D'après la loi, on est responsables de sa sécurité et on peut donner deux visites par jour». Ça devient de plus en plus lourd mais c'est TA responsabilité en tant qu'infirmière de t'assurer de l'état de la personne. Tu passes ton temps à t'inquiéter pour elle parce que tu vois que ça ne fait pas de sens qu'elle demeure chez elle (GD2-10, Windy inf.).

Les intervenants avanceront que l'attitude désagréable de certains clients interfère sur la qualité de la relation mais non sur la dimension plus technique des services ou sur la fréquence des visites: *«J'ai une dame d'origine grecque pour qui on se sent responsables actuellement, ce sont des gens hyper antipathiques. Ça ne fait pas mon affaire d'aller les voir aussi souvent. Mais j'y vais parce que je calcule qu'il y a un danger pour leur sécurité»* (EI-E)-126 Sophie, TS). Ces déclarations des intervenants, qui se traduisent souvent par *«on ne peut les laisser seuls comme ça»* (Graciella, ASSS), *«ils ont besoin de nous»* (Jean-Pierre, inf.), *«si on n'est pas là, personne d'autre ne s'occupe d'eux»* (Monique, ASSS), *«ce sont des êtres humains, on ne peut pas les laisser tomber»* (Peter, TS) découlent d'un «principe de responsabilité» (Saillant, 2000, p. 166) qui, en plus de s'inscrire dans le respect du travail prescrit, relève de leur volonté de participer à un projet social dont ils se

sentent investis (Avarguez, 2009). Dans cette optique, nous pouvons considérer que «les mobiles individuels de l'activité rejoignent les buts assignés par l'institution» (Pène, Borzeix et Fraenkel, 2001, p. 25).

Il n'en demeure pas moins que certains intervenants demanderont de sortir du dossier : *«C'était un client très difficile qui ne voulait rien savoir des gens qui le soignaient. A chaque fois que j'y allais, c'était comme si je venais de travailler trois jours de suite. J'étais en train de me brûler»* (GD3-272 Marco, ASSS); alors que d'autres écourteront leurs visites ou auront peine à s'impliquer auprès de ces clients, préférant s'investir auprès des personnes plus réceptives:

Des fois, j'ai de la difficulté à vouloir agir pour la personne. Tu vois qu'elle n'est pas réceptive, que ce que tu essaies de faire, ça ne fonctionne pas et qu'elle s'en fout. Pourquoi je me casserais la tête? Je ne veux pas non plus forcer la personne. Je peux passer mon énergie à d'autres choses. Il y a des clients qui ont besoin de moi qui sont très réceptifs. Avec eux au moins, je sais que je vais avoir mon impact (CAS6-786I2 Nayla, Ergo).

Si l'on résume les propos des intervenants, les clients qu'ils jugent «difficiles» ne recevront pas moins de services, mais la relation qu'ils établiront avec eux s'en trouvera diminuée puisqu'ils se concentreront plutôt sur la dimension technique de leur intervention. Ces comportements des clients, interprétés par les intervenants comme étant «une réaction pathologique¹²⁵» (Gagnon et Marche, 2007, cités dans Gagnon, 2009, p. 344), entrent en contradiction avec leurs attentes et sont perçues comme un refus des personnes âgées «de se conformer aux règles de

¹²⁵ La «réaction pathologique», telle qu'entendue par ces auteurs, comprend, entre autres, le déni de la maladie, la confusion, les difficultés de communication ou le manque de confiance envers l'intervenant. Ces éléments se retrouvent dans les commentaires qui nous ont été fournis par les intervenants lorsqu'ils nous parlent de leurs clients difficiles.

l'accompagnement» (Gagnon, 2009, p. 344), lesquelles supposent ouverture, participation et volonté de collaboration.

Les remplacements temporaires, un tourment pour tous

L'importance d'assurer le maintien des mêmes intervenants dans un dossier (**principe de continuité**¹²⁶) est un des éléments qui a été souligné avec le plus de force par les professionnels et para-professionnels : « Cette façon de faire donne la sécurité et la confiance nécessaires quand des "étrangers" viennent régulièrement chez soi, dans la vie privée, dans l'intimité qui est celle de son propre corps et de son milieu de vie » (Saillant et Gagnon, 2000, p. 95). Les intervenants s'entendront pour dire qu'un changement de personnel perturbe le client et peut même aller jusqu'à briser l'alliance qui s'est instaurée. Les **coupures épisodiques dans la relation**, en raison des vacances des intervenants ou en raison des congés de maladie, sont d'ailleurs une source de grande préoccupation pour les infirmières, les auxiliaires et les pivots. Ces situations engendrent de la **déception** et de l'**anxiété** chez les clients qui vivent une **perte de repère** et doivent **interagir avec du personnel qu'ils ne connaissent pas**. Leurs réactions montrent l'importance du **lien unique** qui s'est établi avec l'intervenant tout comme elles suggèrent que la tâche effectuée ne représente qu'une dimension du travail (**apport du service qui va au-delà du soin**):

Les clients sont souvent complètement atterrés quand l'auxiliaire s'en va en vacances. Pas juste parce que c'est un étranger qui va venir, mais aussi parce que la personne à qui ils se sont attachés ne viendra pas. L'auxiliaire n'est pas irremplaçable pour effectuer le service, mais il devient irremplaçable

¹²⁶ Gagnon et Saillant, 2000, p. 91. Voir aussi Piercy et Woolley, 1999, p. 20; Piercy, 2000, concernant l'importance d'assurer la continuité des services et des soins avec le même intervenant.

parce que c'est une personne unique qui crée un lien avec une personne qui est elle aussi unique. Ce qu'il fait avec le client, c'est ce qu'il est et ça ne peut pas être reproduit avec quelqu'un d'autre (Jacques, TS).

Les intervenants rapportent que certains de leurs clients vont préférer se priver des services plutôt que d'accepter la présence d'une personne qui leur est étrangère:

On entend souvent: «Si tu pars une journée, tu n'as pas besoin de te faire remplacer. Si tu pars un mois, là, je n'ai pas le choix». Il y a des personnes qui vont savoir qu'elles ont vraiment un besoin et elles vont continuer le service, mais il y en a qui vont arrêter. Les enfants vont souvent nous dire: «Pendant qu'untel est en congé maladie ou en vacances, laissez faire, mon père n'acceptera jamais que quelqu'un d'autre vienne» (GD2-170 Anne-Marie, ASSS).

Ceux qui voient régulièrement les patients, plus spécifiquement les auxiliaires et les infirmières, préparent leurs clients quand ils savent qu'ils vont s'absenter:

What we do is «loving care». Et le remplacement, c'est terrible. Moi, je les avertis dès maintenant parce que dans trois mois je vais partir. Elles savent qu'on peut se faire remplacer, mais c'est cette acceptation qu'il faut leur donner, ça prend du temps. C'est très difficile pour eux... et pour nous aussi (GD2-170a Anne-Marie, ASSS).

Certains remplacements deviennent une source d'inquiétude pour les auxiliaires et les infirmières qui se sentent responsables de leurs clients et se soucient des réactions qu'engendrera leur départ ou leur absence. Tenter de trouver un remplaçant qui sera «compatible» (**pairage de personnalité**) avec le client devient parfois un véritable casse-tête: «C'est toujours difficile pour moi de préparer ma feuille de route pendant mes vacances parce que je sais que tel client ça ne va pas aller avec tel intervenant. Il y a des clients, tu te dis: "Elle, il faut qu'elle attende que je revienne de vacances. Je ne peux pas lui envoyer quelqu'un d'autre"» (GD2-163 Windy, inf.).

Ce lien unique qu'ils ont patiemment tissé avec chacun de leur client prend, aux yeux des auxiliaires – mais aussi aux yeux des infirmières –, une telle importance qu'ils redoutent «l'incursion des tiers (intervenants professionnels du CLSC ou du secteur privé) qui peuvent très vite faire basculer [la relation] à [leur] désavantage» (Cognet, 2002a, p. 49). Les remplacements deviennent, dans cette optique, une source de stress pour ces intervenants qui appréhendent parfois les réactions de leurs substituts puisque la tâche prescrite pour laquelle ils sont mandatés ne représente qu'une partie des soins ou des services qu'ils procurent à leurs clients. Ils savent, d'une part, que certaines informations seront perdues puisque le client ne s'ouvrira pas comme il le fait avec eux :

Quand tu te fais remplacer, ce sont les petites choses que tu fais avec le client qui ne sont pas là et pourtant, c'est ça qui est important. Celle qui te remplace, elle ne connaît pas la cliente et elle ne sait pas ce que tu fais et pourquoi. Elle prend la pression comme c'est écrit et elle va se dire que c'est un soin de cinq minutes. Mais c'est tellement plus que ça! On va là, on s'assoit, on jase, des fois on ne se comprend même pas mais c'est pendant ces moments que la personne va te montrer une plaie qui se développe (GD2-163 Windy, inf.).

Ils redoutent d'autre part, que la visite d'un autre intervenant vienne modifier le rôle qu'ils s'attribuent auprès de leurs clients puisque ne sera pas prise en compte la part de travail réel effectuée :

La semaine dernière je ne suis pas allée travailler et je me demandais: «Comment ça va se passer dans mon remplacement avec cette cliente-là?» J'ai une heure avec cette dame et cette heure, elle est tellement importante. Quelqu'un qui ne connaît pas la cliente va se dire qu'elle est allée pour rien. Ça me touche parce que si le commentaire se rend à la personne qui fait les horaires, elle peut se demander ce que je fais chez cette cliente. Ce que je fais? Je fais du bien à cette dame. Je prends soin d'elle. Ce sont des personnes qui sont seules et le contact humain, le contact physique, le contact

relationnel, c'est fondamental. Mais ça, ça ne paraît pas dans les tâches.
(GD2-169 Monique, ASSS).

Dans cette première rubrique, nous avons abordé les caractéristiques de la pratique des intervenants en soutien à domicile en faisant ressortir la **part prescrite, réelle et vécue du travail** desquelles émerge toute l'importance de la dimension relationnelle, nécessaire au bon fonctionnement des services et des soins en raison, notamment, du lieu particulier sur lequel se déroule l'intervention. Intervenir au domicile du client a un impact sur les **fonctions**, sur la **nature** et sur les **conditions** de la relation qui s'élabore puisque les rapports de place diffèrent de ceux que l'on retrouve dans les milieux institutionnels, comme au CLSC par exemple (McAll, Tremblay et LeGoff (1997). Les questions de «statut», de «culture» et de «pouvoir» (Fischer, 2005) prennent de ce fait une teinte particulière en SAD, le client étant «maître chez lui» (Lo Faso, 2000). Ce lieu particulier d'intervention fait de la relation un des enjeux principaux du travail puisque celui-ci ne peut se dispenser sans l'élaboration d'un rapport de confiance basé sur un lien de proximité inscrit dans une relation d'accompagnement, lequel variera en fonction des attentes et des attitudes du client, mais aussi en fonction de celles de l'intervenant. Nous avons aussi soulevé que le **type de professionnel** ainsi que le **type de travail accompli** viendra influencer la relation qui s'établira avec la personne âgée tout en mentionnant que les **affinités personnelles, les traits de personnalité des intervenants** – mais aussi ceux de leurs **clients** ainsi que la **vision** qu'ils ont **de l'intervention et du lien** qu'ils doivent établir coloreront le degré d'implication qu'ils développeront avec la clientèle :

L'aide à domicile se construit sur une prise de conscience, celle qui consiste à accepter chez soi quelqu'un qui vient avec des conceptions différentes, mais aussi à comprendre que venir chez l'autre, c'est se confronter à la fois à cet autre comme personne différente, et à soi-même comme professionnel capable de remettre en questions ses propres pratiques du quotidien (Vercauteren et Babin, p. 68-69).

Des facteurs d'ordre temporel (temps de la relation; durée de la relation; durée et fréquence des rencontres, possibilité de prendre le temps, «donner» du temps, continuité de la relation, constater ou craindre d'avoir moins de temps) sont aussi ressortis comme étant des conditions qui influenceront le type de relation qui s'établira avec le client. Temps et relation se retrouvent intimement liés en SAD puisque l'une dépend de l'autre : «C'est ce temps qui donne justement ce qu'il faut à la relation pour qu'elle existe et prenne sens pour les deux parties» (Gagnon et Saillant, 2000, p. 99).

La part relationnelle dans le travail est une dimension fondamentale du travail en soutien à domicile puisqu'elle se révèle être une condition de l'instauration et de l'implantation des services (part technique). Perçue au-delà de sa visée instrumentale, cette relation est, au plan interpersonnel, une source de reconnaissance (ou de non-reconnaissance) pour toutes les parties concernées dans l'interaction. Les intervenants seront, à ce titre, interpellés aux niveaux de leurs identités professionnelles, sociales et individuelles. Inscrite dans la relation de service et, plus encore dans une relation d'accompagnement, elle représente l'assise sur laquelle se construit le lien social : «Les soins impliquent non seulement une interaction entre deux personnes, mais des représentations de ce que sont ou doivent être les liens au sein d'une collectivité» (Saillant et Gagnon, 1999, p. 10).

Les changements organisationnels qui s'opèrent dans le réseau de la santé et des services sociaux transforment cependant les conditions de pratique et viennent, selon

plusieurs intervenants, mettre en péril certains fondements du travail en SAD et, plus particulièrement, la relation, essentielle au bon déroulement des services. La dimension temporelle devient ici un enjeu principal puisque, comme nous venons de le voir, le temps passé auprès du client est une condition nécessaire à la relation de proximité.

DEUXIÈME RUBRIQUE : L'EFFET DES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS SUR LE TRAVAIL

5.1.3 Culture managériale et changements organisationnels, un péril en la demeure?

Les intervenants ont été nombreux, lors des groupes de discussion, à mentionner une transformation dans leur pratique en raison des changements organisationnels qui traversent actuellement le RSSS. Ils en font même l'enjeu principal, affirmant que ces tendances, voire cette «ambiance qui est au faire» (Bonnet, 2008, p. 111), ont un impact direct sur les raisons d'être de leurs activités ainsi que sur la mission-même du soutien à domicile: *«Ces changements, c'est très préoccupant, il faut en parler parce que le gros enjeu, il est là, interculturel ou pas. Ils ont une grosse influence sur les services offerts et sur la relation que l'on établit avec les clients»* (GD3-102 Jean-Pierre, Inf.). Ils mentionnent, de façon générale, la **détérioration progressive des services** en raison de l'**inadéquation** et de l'**inadaptation des politiques à la réalité** telle que vécue sur le terrain. Les intervenants ont relaté, à plusieurs reprises, que l'organisation ne prend pas en compte la part réelle de leur travail (**désaveu du travail réel** et de la **part invisible du travail**). Le **temps** est au premier rang de leurs préoccupations:

*Il y a une chose qui m'attriste quand j'ai une vision globale des CSSS : les patrons en haut ne comprennent pas le côté abstrait de notre travail. Les patrons sont des politiciens et les cadres sont des gens qui ont étudié en économie et en gestion. Le travailleur, sur le plancher, il vit une grande solitude parce que son travail n'est pas compris et que ses récriminations ne sont pas entendues (**travail vécu, souffrance au travail**). C'est le nombre de tâches versus le temps pris qui fait qu'on a du succès avec un client ou pas (**travail prescrit-travail réel**). Et cette dimension, elle n'est pas prise en considération. (GD2-182 Monique, ASSS).*

5.1.3.1 Sur-bureaucratisation des services

La sur-bureaucratisation des services entraîne une augmentation de la charge de travail à accomplir au bureau en raison des multiples démarches administratives que les intervenants doivent entreprendre pour justifier un besoin de service accentué pour un client. Il en résulte une perte de latitude pour les professionnels qui affirment que cette lourdeur bureaucratique entraîne des délais de services et une déshumanisation des soins:

J'ai quitté l'hôpital parce qu'on n'avait plus de latitude mais ça s'en vient comme ça en soutien à domicile, de plus en plus. La détérioration au SAD, elle est énorme. Avant, comme intervenant principal, on pouvait agir facilement et jouer avec le nombre d'heures que l'on pouvait donner sans avoir à se justifier. Depuis la restructuration, on doit toujours justifier auprès du chef de service chaque petite heure demandée. On est rendu qu'on met des heures sur des humains (GD3-163 Jean-Pierre, Inf.).

Les intervenants affirment à ce titre qu'ils se retrouvent souvent pris entre l'organisation et le bien-être de leurs clients:

Il y a des gens chez qui on arrive, ça n'a pas de bon sens. On appelle le pivot pour l'informer que la personne vit dans des conditions inhumaines. Après, il

faut aller voir un cadre de garde. Pour cela, il faut demander un rendez-vous. Avant que l'on ait la rencontre et que l'on passe à l'action, ça peut prendre deux ou trois mois. C'est le client qui ne reçoit pas les services en attendant. Et il y a des gens, on ne peut pas les laisser comme ils sont pendant ce temps. C'est de la négligence (GD3-127 Graciella, ASSS).

5.1.3.2 Augmentation de la charge technique de travail et diminution de la part relationnelle

Les intervenant ont souligné les effets dévastateurs qu'engendre la **standardisation de plus en plus poussée du travail** au nom de la **productivité**, de l'**efficacité** et du **rendement**: *«Produire, être efficace, c'est ce qui compte pour les gens d'en haut, pour leurs statistiques. Mais ça ne peut pas marcher comme ça à domicile»* (GD2-182 Monique, ASSS). La tendance actuelle qui cherche à augmenter la charge technique du travail (**plus de clients et moins de temps**) entraîne une disponibilité moins grande pour les intervenants qui disent avoir moins de temps pour discuter avec leurs clients et aborder la dimension psychosociale (**augmentation du travail prescrit ayant des conséquences sur le travail réel**). Certains parleront même d'une «robotisation» du travail qui transforme la relation avec les clients et mine la satisfaction liée au travail :

Comme intervenant pivot, je ne fais presque plus d'intervention psychosociale. Ce que je fais, c'est du travail robotisé de gestion de cas: de l'évaluation et du placement. C'est sûr que le lien n'est pas pareil avec le client et pour moi, le travail est moins satisfaisant. Je ne trippe pas autant que quand je prenais le temps d'aborder le côté psychosocial avec mes clients (GD3-264 Martin, TS).

Les changements qui s'opèrent dans l'organisation et l'augmentation du travail prescrit entrent ainsi en contradiction avec l'implication subjective qui lie

l'intervenant à ses clients : «le constat est fait d'un déni de la "dimension sociale" de leur activité de travail, voire même de sa dévalorisation» (Avarguez, 2009, p. 8). Comme l'indique aussi de Gaulejac (2011) : «en objectivant à l'extrême l'activité, on lui fait perdre sa dimension subjective, on dépossède les agents de leurs compétences, de leur capacité réflexive, de tout ce qui donne de la valeur à leur travail» (Gaulejac, 2011, p. 177). Pour ce même auteur, ces transformations ont pour effet de faire du sujet travailleur un individu-ressource «instrumentalisé au service d'objectifs financiers, opératoires, techniques, qui lui font perdre le sens de son action, jusqu'au sens de son existence» (p. 203). Les auxiliaires sont particulièrement affectés par ces changements puisqu'ils ont des horaires plus rigides que les autres intervenants:

*On est de plus en plus pressés, ce qui fait qu'on a moins souvent l'occasion de prendre du temps pour discuter avec le client (**perte du temps de discussion avec le client**). Cette partie de notre travail, souvent, c'est plus important que le service ou le soin qu'on vient donner. C'est là qu'on voit comment va le client, s'il commence à avoir des pertes de mémoire. C'est là qu'il nous dit des choses importantes. Et ce temps de discussion, ça lui fait du bien pour son moral, pour son état. Ça le sort de sa solitude. Si on perd ça et que l'on fait juste un travail technique, je ne veux même pas savoir ce que ça va donner en bout de ligne. On ne pourra plus parler de «soutien» à domicile. Ce sera du «service» à domicile (GD3-100 Graciella, ASSS).*

L'augmentation de la charge technique au détriment de certaines autres tâches **transformera aussi le rôle des auxiliaires** ce qui engendre des conséquences néfastes sur le travail d'équipe et sur le travail des autres intervenants qui comptent beaucoup sur les ASSS:

Leur rôle essentiel est de plus en plus perdu. Avant c'était plus facile d'obtenir un service pour les clients. Et les auxiliaires étaient vraiment là pour faire accepter un changement, pour faire de l'observation de comportement, pour tenir l'équipe au courant, pour assurer une présence régulière auprès de la personne âgée. Ce rôle, il est encore là, mais il faut

vraiment justifier le service maintenant. Et de l'entretien ménager, ils n'en font presque plus et ça, c'était une porte d'entrée pour instaurer des services chez les clients et créer un lien de confiance pour faire intervenir d'autres personnes dans le dossier. Il ne faut pas perdre ça, parce que les auxiliaires, c'est le cœur du travail en soutien à domicile, c'est leur présence qui fait que ça fonctionne. La tendance à augmenter leur charge technique fait en sorte que toute la part cachée de leur travail, si importante, risque de disparaître (GD3-21, Nathalia, TS).

L'enseignement, si important pour favoriser l'autonomie du client, devient une activité de plus en plus délaissée au profit de la productivité (**mise à l'écart des objectifs de soutien au profit de la productivité**):

On dit vouloir favoriser l'autonomie et les capacités individuelles. Une personne qui doit avoir une aide pour entrer dans le bain, elle arrive à le faire avec un petit enseignement et des consignes simples. Sauf que dans la gestion de temps de services qui a été coupée, on a perdu ça. Ce qu'on entend de plus en plus c'est: «On n'a pas de temps à perdre avec ça, c'est l'auxiliaire qui va le laver et ça va finir là parce que ça prend trop de temps sur l'horaire». Dans ces conditions-là, il devient impossible d'atteindre l'objectif principal de notre travail à tous qui est de mettre les mesures en place pour que la personne demeure le plus autonome possible, le plus longtemps possible. (GD1-101 Jacques, TS).

Les intervenants s'entendent pour dire que ce sont les clients les plus vulnérables, c'est-à-dire les plus demandant qui paient le plus pour ces transformations en raison des réductions de temps:

Avec nos clients qui ont plus de besoins, les cas lourds, les gens méfiants, les personnes qui ne peuvent pas s'exprimer en anglais ou en français, les immigrants récents, ça demande du temps que l'on a de moins en moins pour passer avec chaque client... Et c'est le temps qui nous permettait d'avoir accès à ces personnes-là et de leur offrir les services dont elles ont besoin.

C'est sûr que ça a une influence sur la qualité des services offerts (GD2 Myriam, TS).

5.1.3.3 Coupures dans les services, manque de personnel et appel au privé

Le **manque de ressources humaines** et la **difficulté de conserver un personnel régulier** entraîne des situations parfois lourdes de conséquences pour les services, les intervenants, les clients et leur famille. Nous avons vu que l'emploi de préposés, d'auxiliaires ou d'infirmières, provenant d'agences privées est particulièrement vu d'un mauvais œil par les intervenants du soutien à domicile qui affirment que ces remplacements ont des impacts négatifs sur les personnes âgées, sur les services et sur la relation qu'ils entretiennent avec le client. Le **manque de formation, l'intervention uniquement centrée sur la tâche technique, la rapidité d'exécution du soin ou du service, sa qualité parfois douteuse, la dimension non personnalisée des soins, le manque d'intérêt pour le client** sont les éléments qui sont soulevés par les intervenants lorsqu'ils mentionnent le travail effectué par du personnel d'agences privées. Ils préféreront parfois ne pas envoyer personne plutôt que d'envoyer des auxiliaires ou des infirmières qui ne proviennent pas du CLSC:

C'est la qualité du personnel qui entre en jeu. Ils ne prennent pas le temps d'écouter la personne. On doit de plus en plus faire avec ça. Souvent, c'est mieux de ne pas envoyer personne que d'envoyer certains auxiliaires d'agences. Quelqu'un qui vient et qui ne fait que son travail technique, les gens n'aiment pas ça. Ce n'est pas ça le soutien à domicile (GD2-132 Windy, Inf).

L'emploi de ce personnel provenant d'agences peut devenir une **charge de travail additionnelle pour les intervenants** qui doivent parfois **recupérer la confiance** ou **réparer des erreurs qui ont été commises**:

Ça a un gros impact sur la clientèle et sur nous quand on retourne chez le client. Soit qu'on mange le plat de son insatisfaction parce qu'il trouve qu'il a été traité comme un objet, soit que le client ne veut même plus nous voir nous, du CLSC. Des fois, il faut recommencer le processus à zéro juste parce que quelqu'un de l'agence est venu pour un remplacement et que la méfiance du client est revenue (GD3-89 Jean-Pierre, inf.).

Des intervenants redoutent que les changements d'ordre structurel transforment les services au point que ceux-ci finissent par ressembler à ceux fournis par les agences privées. Une telle avenue signifierait une perte de raison d'être pour le soutien à domicile (**transformation du travail prescrit et conséquences sur le travail réel**) et une **perte de sens pour les intervenants (travail vécu)**:

Les clients, ce qu'ils haïssent le plus, c'est quand les remplaçants viennent des agences. La façon qu'ils ont de travailler avec les clients, ce n'est que technique. Je te lave, je fais ce que j'ai à faire et je m'en vais, et qui tu es, ça m'importe peu. Et j'ai peur que ça devienne comme ça pour nous aussi, avec toutes les pressions que nous met l'organisation pour qu'on soit plus productifs. Le soutien à domicile perd sa raison d'être dans ce cas-là. En tout cas, pour moi, c'est une perte de sens terrible (Luis, ASSS).

Le **changement fréquent d'intervenants** peut aussi avoir des impacts sur la qualité des services puisque le suivi assuré de façon régulière par un même intervenant est ce qui permet à l'équipe de travail de connaître l'évolution de l'état du client et d'ajuster les services en fonction de ses besoins: «*S'il n'y a pas de suivi qui se fait, il n'y a pas de journal de bord pour les intervenants et c'est dommage parce que c'est ce qui permet de suivre les changements chez nos clients. On perd des informations essentielles*» (GD3-95 Graciella, ASSS). La relation, si précieuse en soutien à domicile, se veut beaucoup moins profonde si un lien n'est pas créé de façon

régulière avec un intervenant. Ceci a un impact important sur les services puisqu'une relation superficielle engendre la mise en place de services superficiels:

Quand on change tout le temps de personnel, le travail technique se fait, mais l'autre partie, toute aussi importante sinon plus, ne se fait pas. On connaît moins la personne, elle nous connaît moins, on reste plus en surface dans notre relation, dans notre intervention et c'est tout le monde qui paie pour ça. L'intimité et la complicité sont moins fortes. En perdant la profondeur de la relation, on perd toute la profondeur de notre travail parce que ce sont les confidences, le fait que les personnes se connaissent qui nous permettent de bien servir et de répondre aux besoins des clients (GD3-97Jean-Pierre, inf.).

Cette réflexion d'un travailleur social résume la conception des changements qui s'opèrent actuellement dans les services de soutien à domicile :

Les cas sont de plus en plus lourds, les aidants, quand il y en a, sont de plus en plus fatigués, les équipes de soutien à domicile doivent rencontrer plus de clients en ayant moins de temps. Plus de technique, moins d'humanité, ce n'est pas ça qui est demandé, mais c'est quand même ça qui arrive. Qui paye en bout de ligne? Le client, la famille, nous, les intervenants, parce que notre travail perd de son sens. Mais la société aussi, en général, parce qu'une société qui ne s'occupe pas bien de ses personnes âgées, ça en dit long et ça envoie un drôle de message aux jeunes générations (GD3-159 Martin, TS).

Si l'on résume les propos des intervenants concernant l'impact des changements organisationnels actuels sur leur travail, nous pouvons dire que celui-ci se fait au détriment des équipes, à leur propre détriment ainsi qu'à celui des clients et celui de leur famille, voire même... de la société. L'**augmentation du travail prescrit**; un certain **déni du travail réel chez les gestionnaires**, notamment celui des auxiliaires;

le **manque de temps**, la **sur-bureaucratization des procédures**, la **perte de latitude concernant le nombre d'heures à allouer à un client** dans le besoin, la **remise en question de la qualité du travail au profit de la performance** sont des facteurs qui entraînent une **détérioration des services** (**perte du temps d'observation; perte du temps d'écoute; perte du temps de discussion; difficulté à répondre à l'objectif d'intervention; négligence de la dimension psychosociale**) en raison de l'inadaptation des politiques à la réalité. Comme l'indique Avarguez (2009) :

Ces formes de déni du travail réel sont perçues comme des atteintes à l'identité [...] et au sens qu'ils [les intervenants] donnent à ce qu'ils font. S'ils comprennent aisément ce que l'on attend d'eux et s'ils intègrent le processus de modernisation à l'œuvre, l'intrusion dans leurs activités de travail de la logique gestionnaire est coûteuse car elle conduit à gommer les spécificités de la relation de service et entre en contradiction avec les valeurs du service public. Dans cette optique, les prescriptions contradictoires et le déni du travail réel apparaissent comme autant de violences de système à l'origine d'un sentiment d'insatisfaction et d'une souffrance au travail (p. 9).

Le **manque d'effectifs**, entraînant l'obligation, pour les instances, de faire appel à du personnel provenant d'agences, sont des sources de préoccupation pour les intervenants qui constatent que cette façon de procéder a un **impact négatif sur la qualité des services** (**perte d'informations importantes**), sur la **relation intervenant-client** (**intimité moins forte, complicité moins grande, connaissance du client moindre, lien intervenant-client moins profond**) et sur le **sens** que les intervenants accordent à leur travail puisque la dimension relationnelle est fondamentale à leur activité: «c'est leur personne qui est engagée vis-à-vis d'un autre, à laquelle ils peuvent s'identifier, avec laquelle, souvent, ils sont conviés par le management d'entrer en empathie pour l'efficacité de la relation» (Linhardt, 2005, dans Avarguez, 2009, p. 10). Mais c'est leur personne aussi qui est mise sous tension, en raison d'une «normalisation de la relation de service» (Gaulejac, 2011, p. 177), d'un renforcement des prescriptions et d'une augmentation de la charge technique,

lesquelles ne correspondent pas au travail réel et aux nécessités concrètes de leurs clients (Gaulejac, 2011, p. 306).

Les intervenants vivent avec intensité les effets des changements organisationnels qui s'opèrent dans le secteur de la santé et des services sociaux depuis la réforme engagée en 2005 puisque ceux-ci affectent, selon eux, les fondements du soutien à domicile qui reposent, en grande partie sur des facteurs relationnels et temporels. Leurs doléances peuvent notamment s'inscrire dans les contraintes engendrées par l'implantation de l'«idéologie managériale» dans le secteur de la fonction publique :

Ces nouvelles formes d'organisation empêchent de bien faire son travail, c'est-à-dire de remplir les missions pour lesquelles les uns et les autres ont été embauchés. Le constat est fait tous les jours, par les salariés, que les nouvelles modalités de fonctionnement, loin de faciliter la tâche, la compliquent, loin de motiver le personnel, le démobilisent, loin de satisfaire le client, le fâchent, loin de favoriser l'efficience, la freinent (Gaulejac, 2011 p. 149)

Les intervenants demeurent très critiques face à ces transformations puisqu'ils considèrent que celles-ci ne sont basées que sur l'amélioration des performance d'un strict point de vue gestionnaire.

TROISIÈME RUBRIQUE : TRAVAILLER DANS UN CONTEXTE DE DIVERSITÉ

On constate que l'ethnicité ainsi que les facteurs qui lui sont associés (origine nationale, culture, connaissances linguistiques, expériences de migration, etc.) (Cognet, 2000a, p. 2) ne sont pas ressortis de façon manifeste dans le discours des intervenants lorsqu'ils abordent les aspects généraux de leur travail ainsi que les changements en cours dans le système de santé et de services sociaux. Nous tenons à

préciser que ce silence n'est pas un acte volontaire de notre part, relié à notre construction interprétative de la réalité. Nous verrons que les notions de diversité, de culture et d'ethnicité sont apparues parmi d'autres facteurs lorsque les intervenants ont abordé les caractéristiques de la clientèle qu'ils desservent. Elles se sont évidemment révélées de façon plus accentuée lorsque nous les avons questionnés sur les particularités de leur travail auprès des personnes âgées immigrantes.

5.1.4 La diversité avant la pluriethnicité

Travailler dans un milieu pluriethnique; rencontrer, au quotidien, des personnes originaires de différents pays et avoir parfois **soi-même connu l'expérience migratoire**¹²⁷, sont des facteurs qui influencent la vision et l'attitude des intervenants à l'égard de la diversité ethnoculturelle puisqu'ils la considèrent comme faisant partie de la norme. L'activité de travail mettant en scène un intervenant québécois d'origine canadienne-française et une personne âgée de la même origine n'est effectivement pas la règle sur le territoire du CSSS où nous avons effectué notre enquête de terrain comme en témoigne cette infirmière:

Travailler avec des Québécois, des Italiens, des Sri-Lankais, des Vietnamiens, des Pakistanais, des Polonais, des Chinois, ça fait partie de notre quotidien. J'ai vu des clients de partout dans le monde. Plus de la moitié de ma clientèle n'est pas née au Canada. Moi-même je ne suis pas née au Canada. Ça fait que la différence culturelle, on la rencontre à chaque fois qu'on ouvre la porte, peu importe l'origine de la personne (EI-A)-116 My, Inf.).

¹²⁷ Nous souhaitons rappeler que la moitié des intervenants que nous avons rencontrée et interrogée a connu l'expérience migratoire et appartient à des minorités ethnoculturelles diverses (haïtienne, roumaine, sud-américaine, pays du Maghreb, etc.).

Le caractère pluriethnique des interventions n'est pas uniquement perçu par les travailleurs du SAD comme étant une interaction entre un intervenant issu de la culture majoritaire et des clients issus de l'immigration – ou provenant de différentes communautés ethnoculturelles puisque les intervenants relèvent autant leur appartenance ethnique que celle de leurs clients pour parler de la rencontre interculturelle : *«Je suis née en Roumanie, des clients d'origine roumaine, je n'en rencontre pas beaucoup. Alors, pour moi, toutes les rencontres sont interculturelles»* (CAS 4-5 Nadia, inf.). A ce titre, la clientèle issue de la population majoritaire (Québécois d'origine canadienne-française) est elle aussi prise en compte lorsqu'ils abordent la diversité ethnoculturelle dans leur pratique. L'infirmière que nous venons de citer nous parle, par exemple, du rapport qu'elle entretient avec la différence dans son travail : *«J'ai beaucoup de clients québécois de souche et je les trouve très ouverts. Je n'ai pas de problème avec eux. Ça fonctionne très bien. Autant qu'avec mes clients qui ne sont pas nés ici»* (CAS 4-5-229 Nadia, Inf.). On note, dans cet extrait, que l'expérience migratoire ainsi que le statut de minorité sont des éléments de référence qui engendreront, chez les intervenants qui ont connu la migration, un sentiment d'affiliation avec la clientèle qui n'est pas née au Québec (Cognet, 2001, p. 107). Les intervenants qui ont connu l'expérience migratoire ont d'ailleurs été nombreux à souligner que cet élément fut un des facteurs décisifs dans leur choix de travailler dans un territoire multiethnique : *« Je sais c'est quoi immigrer. Travailler avec des personnes qui ont vécu la même expérience, ça favorise le rapprochement. Je sens que je peux plus les aider»* (Johanna, TS).

Cette diversité ethnique, que l'on retrouve tant chez les intervenants que chez les clients, transforme leurs perceptions de la rencontre avec la différence, telle que vécue au quotidien dans le travail, puisque celle-ci ne repose pas uniquement sur des critères reliés aux multiples origines ethnoculturelles des personnes âgées. Comme l'ont constaté Cognet et Montgomery (2007) : «L'altérité liée à l'immigration

aujourd'hui se complexifie par le cumul possible d'autres formes de statuts d'altérité» (p. 4). La diversité, telle qu'ils la conçoivent, se veut effectivement plus complexe puisqu'ils font intervenir de nombreux facteurs qui s'influencent pour définir l'hétérogénéité de la population qu'ils desservent. Ils l'abordent d'abord dans une perspective générale, en termes de **conditions reliées au vieillissement** et en termes de **spécificités socio-économiques (grand âge, différentes pathologies, degré de dépendance, degré de vulnérabilité, présence ou absence de réseau de soutien, isolement, lourdeur des problématiques, secteur de résidence, richesse vs pauvreté, niveau d'éducation)**. Ce sont ces éléments qui, selon les intervenants, ont le plus d'influence sur la façon d'intervenir, sur le type et la fréquence des soins et de services offerts, mais aussi sur l'attitude et le type de relation qui s'élaborera avec les clients et leur famille.

Les intervenants feront aussi certaines distinctions entre les personnes âgées qui ont connu l'expérience migratoire et celles qui sont nées au Québec (**migrant-non migrant**). Ils aborderont la diversité, chez leur clientèle immigrante, en relevant les éléments que nous venons de mentionner ci-haut tout en y ajoutant l'existence d'une diversité aux niveaux du **pays d'origine**, de l'**appartenance ethnique** ou **religieuse**, du **temps écoulé depuis la migration (immigration ancienne vs immigration récente)**, de l'**âge à la migration**, du **statut migratoire** et du **degré d'intégration au pays d'accueil**, ce dernier étant évalué en fonction du niveau de connaissance du fonctionnement du système et en fonction des habiletés ou non à s'exprimer dans une des deux langues officielles. Ce commentaire d'une travailleuse sociale du CLSC Métro montre bien les critères utilisés par les intervenants pour décrire la clientèle qu'ils couvrent dans leur secteur. La distinction entre migrants et non-migrants se veut particulièrement importante:

Dans mon «case load», 1/3 de mes clients âgés sont d'origine immigrante (expérience migratoire). Mes clients sont soit nés ici (pays d'origine), ou ils ont un background juif (appartenance à une communauté religieuse), ou ils viennent d'Irlande, de Jamaïque (pays d'origine) et ils sont établis au Québec depuis 35 ou 40 ans, des fois plus (temps écoulé depuis la migration). Ce sont des gens qui ont immigré depuis plusieurs années et qui, généralement, ont réussi donc ils sont assez bien nantis (statut socio-économique). Par exemple, des Juifs qui ont eu des usines ou ont fait une bonne carrière (statut socio-économique). Pour moi, c'est comme s'ils étaient nés ici parce qu'ils sont intégrés à la société et qu'ils ont vécu beaucoup d'expériences ici (degré d'intégration au pays d'accueil). J'ai quelques clients qui n'ont pas un niveau de langage très élaboré même s'ils sont ici depuis un certain temps parce qu'ils sont arrivés plus vieux (difficulté à s'exprimer dans l'une des deux langues officielles, âge lors de la migration). On ne rencontre pas beaucoup d'immigrants récents parce que ça coûte cher demeurer au centre-ville. Les nouveaux arrivants, on les retrouve plus à Parc-Extension ou à Côte-des-Neiges (immigration ancienne, immigration récente, statut socio-économique, différences en fonction du secteur de résidence) (EI-C)-25, Martha, TS).

Les intervenants noteront aussi que la clientèle diffère en fonction du **secteur d'intervention** couvert par chaque CLSC. Ils nous diront par exemple, qu'au **CLSC Côte-des-Neiges**, la majorité des clients sont des personnes qui ont immigré au Québec depuis plusieurs décennies mais qui n'ont pas toujours appris à parler anglais ou français, malgré le fait qu'elles soient arrivées à un âge relativement jeune. Au **CLSC Métro**, la plupart des clients sont nés au Québec ou s'y sont installé depuis plusieurs années. Ils sont généralement en mesure de s'exprimer dans une des deux langues officielles. La clientèle se veut plus hétérogène au **CLSC Parc-Extension** puisqu'elle se caractérise par la présence de personnes âgées qui ont immigré depuis longtemps – tels les aînés appartenant à la communauté grecque, italienne ou portugaise –, mais aussi par la présence de clients âgés provenant de diverses origines qui ont immigré plus récemment, à un âge plus tardif.

Les **conditions socio-économiques**, variant d'un secteur à l'autre, auront, selon eux, un impact sur les services offerts puisqu'une même pathologie chez un client aura tendance à entraîner le déploiement de ressources différentes:

Dans Parc-Extension, les gens sont souvent plus démunis: pas de réseau, pas de famille, ils ne connaissent pas le système. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de détresse ou qu'il n'y a pas de danger pour la personne d'Outremont qui vit dans un endroit plus favorisé, mais les conditions sont souvent différentes. À Outremont, la dame va être en danger parce qu'elle ne mange pas, mais son frigo est plein. À Parc-Extension, la personne va être en danger parce qu'elle ne mange pas, mais c'est parce qu'il n'y a rien dans son réfrigérateur. Le problème est le même: il faut s'alimenter, mais ce n'est pas sur la même chose qu'on doit intervenir (EI-E)-94 Sophie, TS).

Les intervenants, nombreux à avoir travaillé dans ces différents secteurs, remarquent que le **type de rapports** qui s'établit avec les clients est souvent différent d'un site à l'autre et que celui-ci variera surtout en fonction du statut socio-économique et du niveau d'éducation des clients. Cette physiothérapeute nous souligne, par exemple, les rapports plus familiers qu'elle entretenait avec la clientèle de Parc-Extension par rapport à celle de Ville Mont-Royal où elle travaille maintenant:

Quand les gens sont plus instruits, ils nous perçoivent comme des professionnels du CLSC. J'appelle les gens dans Ville Mont-Royal et on me demande mon nom de famille alors que dans Parc-Extension, j'étais connue par mon prénom et perçue comme de la famille qui vient les visiter. À Ville Mont-Royal, le contact est plus professionnel. Ça ne veut pas dire que le traitement ne sera pas professionnel avec la clientèle de Parc-Extension, mais tu es perçue différemment. Ils sont très chaleureux, ils vont souvent te donner des petits surnoms. Ils sont très attachants, mais ils s'attachent beaucoup à toi aussi (GD1-57 I-8, Jolaine, physio).

Cependant, l'approche cas par cas, telle que pratiquée en soutien à domicile, favorise chez les intervenants, la prise en compte du **caractère unique de chaque situation**.

Ainsi, même s'ils relèvent certaines tendances, ils mentionnent l'**impossibilité d'établir des généralisations**:

Ce n'est pas tout le monde qui réagit de la même façon, que ce soit pour l'acceptation des services ou dans sa façon de réagir avec nous. C'est toujours du cas par cas et il faut s'ajuster à ça. C'est ça notre travail. Tu peux avoir deux personnes vivant à Outremont, qui ont la même situation économique, qui sont en perte d'autonomie pour des raisons semblables, mais qui vivent la situation d'une façon complètement différente. La personne vit-elle seule? Les enfants sont-ils là? Comment ils réagissent par rapport à la maladie de leur parent? Comment la personne réagit par rapport à sa maladie? Même si les deux souffrent d'Alzheimer et qu'elles sont au même stade, elles peuvent réagir différemment et avoir des besoins différents qui impliquent des services complètement différents ou qui nous demandent d'agir différemment avec chacune. C'est la même chose avec deux couples musulmans ou deux couples de Juifs, ça peut être deux situations complètement différentes (Carmen, diététiste).

On peut constater que les notions d'**universalité (condition universelle des personnes âgées)**, de **diversité (différences d'ordre culturel et d'ordre structurel)** et de **singularité (caractère unique de chaque situation)** s'entrecroisent dans le discours des intervenants lorsqu'ils discutent des caractéristiques de leur clientèle et de leurs conditions. Ce propos d'une auxiliaire en donne un bon exemple :

*Mes clientes, ce sont d'abord des personnes âgées (**universalité**), en perte d'autonomie (**universalité**) pour une raison X et Y (**diversité**). Il y a des inégalités et des différences en fonction de la pathologie, de la présence ou de l'absence d'un réseau de soutien et du statut socioéconomique (**singularité**). Pour le reste, oui il y a certaines différences dans les langues et dans les coutumes et dans les façons d'établir la relation (**diversité**). Leur façon de prendre une douche ou de percevoir un service peut être complètement différente (**singularité**). Ils peuvent simplement ne pas comprendre qu'est-ce qu'on fait chez eux. Ces différences-là, on fait avec. Les grosses difficultés ne sont pas là. Je vois mes clients comme des humains d'abord et avant tout, et je vois plus de similitudes entre eux que de différences (**universalité**). Les*

différences, c'est souvent au niveau des conditions (diversité) et ça crée, par ricochet, des besoins différents (diversité) ce qui fait qu'on offre des services à leur mesure (singularité). Chaque personne est unique et ça ressort d'autant plus en soutien à domicile parce que ça fait partie de notre travail de prendre en compte la personnalité et les habitudes du client (singularité) (CAS 3-253 Monique, ASSS).

5.1.5 Les particularités de l'intervention auprès de la clientèle immigrante

Les propos tenus par les intervenants nous montrent que la présence de particularités ethnoculturelles chez la clientèle immigrante influence l'intervention ainsi que la relation qui s'établit avec les personnes âgées, mais que celle-ci est incluse parmi d'autres facteurs qui ont un effet tout aussi important. **L'expérience migratoire et ses nombreux corollaires** (Newbold et Filice, 2006) sont notamment des éléments qui ont un impact sur l'intervention auprès de cette clientèle: *«C'est surtout le bagage de vie qu'ils portent comparativement à quelqu'un qui est né ici qui fait souvent la différence»* (Jacques, TS).

5.1.5.1 Immigration ancienne et immigration récente

Même s'ils insistent sur l'importance de ne pas généraliser en affirmant que chaque situation possède son caractère unique, les intervenants mentionnent l'existence de **deux types de clientèles immigrantes** qui auront une influence sur le plan de service, l'intervention, la relation et la communication, soit les **nouveaux arrivants** et les **migrants de longue date**:

C'est deux mondes pour moi, complètement deux clientèles. Quelqu'un qui est là depuis longtemps, il connaît les lois, il connaît mieux le fonctionnement.

Quelqu'un qui arrive, ça dépend du pays, mais souvent, il faut leur apprendre plein de choses. Ils ne savent pas ce que font les intervenants. Souvent, ils ne comprennent même pas pourquoi on va chez eux (GD1-359 I-4, Jacques, TS).

Ordinairement mieux intégrés à la société que la nouvelle immigration, les migrants de longue date parleront généralement une des deux langues officielles et connaîtront mieux le fonctionnement du système tout en étant plus familiers avec les services et les professions qui y sont afférentes. La collaboration avec leurs enfants, nés ici ou arrivés plus jeunes, sera souvent plus simple puisque ces derniers seront, pour la plupart, bien adaptés à la société québécoise. Que ce soit pour établir le lien, faire le plan d'intervention, les aider à introduire les services, donner certaines informations, collaborer aux soins, traduire les propos ou participer à l'éducation du client, les intervenants reconnaissent que la présence des enfants est un avantage puisqu'*«ils aident beaucoup... Quand il y en a»* (Martha, TS). D'autres intervenants soulignent par contre que cette collaboration avec les enfants est parfois difficile en raison de la **dynamique familiale qui prévaut**, d'une **perception différente de l'offre de service** ou du **degré d'instruction des enfants**, généralement mieux intégrés à la société d'accueil que leurs parents :

On n'est pas toujours sur la même longueur d'ondes. Des fois, ça prend beaucoup plus de temps pour convaincre les aidants d'accepter le plan à cause de la dynamique qui s'est installée entre eux et leur parent. Ils ne voient pas les choses de la même façon que nous. Soit ils demandent plus de services, soit ils ne sont pas contents de ce que l'on offre, soit ils demandent des ressources qu'on ne peut pas leur offrir. Souvent, c'est pire quand les enfants sont éduqués et qu'ils connaissent le système (GD2-98 Mariette, TS).

Les personnes qui ont immigré au Québec depuis moins de dix ans (Montejo, 2007), voire même quinze ans pour certains intervenants (**PAIR**), seront considérées par les intervenants comme étant **plus vulnérables** et **plus démunies** en raison de leur

incapacité fréquente à s'exprimer dans l'une des deux langues officielles, en raison de leur **statut migratoire**, de leurs **conditions socio-économiques souvent précaires**, de l'**absence de réseau fréquente** et de leur **méconnaissance générale de leurs droits, du système et de son fonctionnement**. Les intervenants soulignent que leur **rôle** ainsi que leur **tâche se modifient** ou **se complexifient** avec les personnes âgées d'immigration récente puisque **l'amorce et l'élaboration de la relation sont plus difficiles** et que cette clientèle demande un **investissement de temps qu'ils n'ont pas toujours**¹²⁸. La présence régulière d'une **barrière linguistique** rend l'intervention d'autant plus complexe puisque l'impossibilité de s'exprimer couramment en français ou en anglais vient compliquer l'intervention :

Il faut y aller avec un interprète ou demander l'aide d'un voisin pour traduire parce qu'ils ont beaucoup de besoins et on doit trouver un moyen pour communiquer avec eux. Il faut leur donner beaucoup d'informations parce souvent, ils ne savent pas comment les services fonctionnent et des fois, ils ne savent même pas pourquoi on va les voir (EI-A)-56 My, Inf.).

Un fait demeure : «*Moins ça fait longtemps qu'ils sont arrivés, plus c'est difficile*» (EI-A)-56 My, Inf.). Les **demandeurs du statut de réfugié** sont les clients qui nécessitent l'implication de **plusieurs intervenants** et le déploiement de **plusieurs services** puisqu'ils sont arrivés avec peu de choses, peu d'argent et qu'il faut les mettre en lien avec différentes ressources pour leur trouver un logement, des meubles, des vêtements, de la nourriture (**degré de vulnérabilité du client**):

¹²⁸ A ce sujet, voir Battaglini et coll., 2005. Cet auteur considère que «ce sont les Montréalais d'immigration récente (moins de dix ans), dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, qui ont le plus besoin de services adaptés, tant sur le plan linguistique que culturel» (p. 7). Voir aussi Olazabal, Le Gall, Montgomery et al., 2010; Montejo, 2007 et Di Giovanni, 2004 pour de plus amples informations sur les conditions des personnes âgées d'immigration récente.

*On a tendance à offrir plus de services à cette clientèle parce qu'ils sont plus démunis (**faibles conditions socio-économiques**). Ils sont très vulnérables et il est important de voir le côté social avec eux. C'est important de mettre un TS dans le dossier, mais souvent, c'est toute l'équipe qui est impliquée. Le but, c'est de leur trouver de l'aide rapidement et ça demande beaucoup plus de travail et de temps, parce que les rencontres sont vraiment plus longues, et ça prend des ressources que l'on n'a pas toujours (**urgence de la situation, mise en place de plusieurs ressources, travail accentué, temps additionnel, rencontres plus longues**) (GD1-359 I-4, Jacques, TS).*

Les intervenants soulignent de plus la **résistance** et la **méfiance** des personnes âgées d'immigration récente qui sont habituellement plus craintives et plus inquiètes de recevoir des services du CLSC en raison de leur **méconnaissance du système** et de leur **rapport antérieur avec les autorités**. Ils rencontrent ainsi des **difficultés à obtenir certaines informations** puisqu'ils sont souvent perçus comme des agents du gouvernement qui souhaitent intervenir dans leur vie privée:

*Ils ont le besoin mais ils vont refuser de demander le service ou ils vont carrément refuser le service. Ils pensent que l'autorité veut savoir ce qui se passe dans la maison. Ils nous cachent des choses, comme l'état de leur finance, leur vie privée (**refus de donner certains renseignements**). Ou ils vont avoir tendance à ne pas dénoncer les abus (**tendance à ne pas dénoncer les abus**). C'est menaçant et intrusif d'avoir des gens du gouvernement qui viennent chez nous et qui nous disent que ce n'est pas correct ce que l'on fait (**intervention perçue comme une intrusion dans la vie privée**). Et pas juste les TS, toute l'équipe. On est tous des agents de changement et des menaces potentielles (GD2-240 Windy, Inf.).*

Les intervenants devront, avec cette clientèle, **prendre plus de temps pour créer un climat et une relation de confiance** avant d'installer les services : «Ça prend un certain temps pour briser leur méfiance. On ne peut pas entrer vite (**temps additionnel**). Mais ça, ça arrive aussi avec les clients immigrants en général (**PAI-PAIR**) (EI-E)-76 Sophie, TS).

5.1.5.2 La présence de la barrière linguistique

Bien que les intervenants ne possèdent pas tous la même opinion sur le sujet, – puisqu'elle ne représente pas les mêmes difficultés d'un individu à l'autre ou d'un type de professionnel à l'autre –, ils ont relevé, à maintes reprises, l'influence de la présence d'une barrière linguistique sur le pôle plus technique de l'intervention. Ils mentionneront notamment qu'une impossibilité de communiquer verbalement dans une langue commune les empêche d'obtenir des informations provenant directement du client.

Parfois un frein pour les services

Les travailleurs sociaux sont notamment ceux qui soulignent que la barrière linguistique a un impact majeur sur leur travail : *«Mon travail est basé sur la discussion avec mes clients. Quand je me retrouve avec une personne qui ne parle pas ma langue, je n'ai pas accès à l'information»* (GD3 Martin, TS). La barrière linguistique se veut plus problématique quand le **travail ponctuel et prescrit repose sur l'échange d'informations et la parole**. Elle se veut moins importante lorsque le **travail prescrit repose sur une dimension plus technique ou plus physique** :

J'ai souvent affaire à des gens avec qui que je ne peux pas du tout communiquer au niveau de la langue mais je n'ai jamais trouvé que c'était un gros problème. Peut-être parce qu'en soins infirmiers, les gens sont tellement contents qu'on aille chez eux, ils vont être prêts à faire tout pour qu'on se comprenne (GD3-245 Jean-Pierre, inf.).

La dimension non verbale du langage (**analogique**) étant un aspect très important de l'intervention, les intervenants possédant des mandats «plus techniques» soutiennent qu'ils arrivent à outrepasser la barrière de la langue:

J'avais une dame grecque qui ne parlait pas anglais ou français. Elle m'ouvrait, je rentrais, je déposais mon sac, j'allais avec elle dans la salle de bain. J'installais mes trucs et puis je lui donnais sa douche. Avec l'habitude, elle savait quoi faire. On ne se parlait pas, mais je faisais mon service sans problème (GD1-281 Odette, ASSS).

Ils reconnaissent toutefois que la **possibilité de s'exprimer avec fluidité dans une langue commune facilite l'intervention** mais aussi **l'élaboration de la relation** : «C'est sûr que ça va mieux quand on est capables de parler la même langue. Surtout quand tous les deux on peut se parler et être fluides» (Monique, ASSS). Un des avantages de pouvoir s'exprimer dans la même langue que le client est de permettre un échange langagier direct avec la personne âgée, ce qui évite aux intervenants de devoir passer par une tierce personne pour communiquer¹²⁹.

Pouvoir s'exprimer dans la même langue que le client permet aussi aux intervenants de dépasser les échanges de base: «La personne peut me dire ce qui ne va pas, comment elle se sent ou qu'est-ce qu'elle trouve difficile. S'il y a barrière linguistique, il y a des détails que l'on ne pourra pas partager» (Cas 6-717 Nayla, ergo). Les intervenants, tous professionnels confondus, s'entendent pour dire que la barrière linguistique sera parfois **un frein pour aborder certaines dimensions avec le client ou partager certaines informations**. Tout en relatant les bienfaits de leur présence, ils mentionnent l'impuissance qu'ils ressentent :

¹²⁹ Nous revenons sur ce point un peu plus loin dans notre démonstration.

[...] elle me parlait dans sa langue, je ne comprenais rien, mais je me disais: «au moins, ça sort, elle s'exprime, elle dit ce qu'elle a à dire, elle semble bien se sentir avec moi». Quand je pars, je la sens soulagée. Il y avait quelqu'un qui était là pour elle et il y avait quelqu'un pour l'écouter. Ce qui me fait mal parfois c'est que je me dis que je ne peux même pas comprendre si elle me dit qu'elle a de la douleur ou de la peine (GD2, Nadia, inf.).

La barrière linguistique sera parfois **un frein pour connaître la volonté et le choix du client :**

C'était une dame de l'Inde, qui ne parlait ni anglais, ni français, qui habitait avec son fils et sa belle-fille. Elle était mal nourrie. Elle avait une pneumonie et sa belle-fille me disait qu'elle refusait de manger parce qu'elle voulait mourir. Je ne pouvais pas savoir si c'était vraiment son choix. J'ai dû demander un interprète pour m'assurer que c'était bien sa volonté. Là, j'ai su qu'elle voulait partir, qu'elle était prête. J'ai au moins pu me dire que c'était son choix à elle (GD3-230 Carmen, diététiste).

Elle sera parfois **un frein pour relever l'évolution des pertes cognitives:**

J'ai un client, il me parle en anglais mais il ne le parle pas bien donc même s'il se répète, je n'y vois pas un problème. Une fois, j'ai dû y aller avec un interprète et il m'a dit qu'il pensait qu'il avait des problèmes cognitifs. Je ne pouvais pas savoir parce que je ne parle pas sa langue. Ce sont des détails importants qui nous échappent (GD2 Windy, Inf.).

Elle sera aussi, pour les intervenants, **un indice du faible degré d'intégration du client à la société québécoise** lequel viendra signifier la présence de nombreuses autres barrières d'ordre structurel (Lavoie et Guberman, 2010). Elle sera, entre autre, **un frein pour accéder à certains services:**

Ce sont des gens qui nous appellent quand ils reçoivent un papier parce qu'ils ne savent pas distinguer si c'est une publicité ou si c'est un papier important.

On sait que la personne n'a pas juste des barrières pour nous parler à nous, qu'elle en vit pour beaucoup de choses. C'est plus difficile avec les autres ressources de la communauté. Les gens vont refuser les services parce qu'ils ont peur du contact avec les responsables. Ils ont peur de se tromper parce qu'ils ne comprennent pas bien et ils sont stressés de ne pas savoir qui appelle et pourquoi (EI-E)-54 Sophie, TS).

Les intervenants ont développé différentes **stratégies de communication** qui leur permettent de partager les informations avec leurs clients sans devoir passer par une tierce personne. **L'utilisation du langage non verbal** se révèle ici particulièrement importante puisqu'il devient le mode de communication privilégié pour arriver à se faire comprendre d'un côté comme de l'autre. **Intervenir dans le milieu de vie du client** est un élément particulièrement aidant pour les interventions axées sur des dimensions plus techniques, puisqu'il est possible de **mimer les actions** que l'on souhaite que le client exécute : *«Le fait d'être chez la personne, ça aide beaucoup. Tu expliques que tu vas rentrer dans la salle de bain. S'il ne comprend pas, tu entres dans la salle de bain»* (Cas 6, Nayla, ergo). L'utilisation d'outils informels, tels les circulaires d'épicerie permettent, dans certaines occasions, de communiquer efficacement : *«J'ai un client iranien qui ne parle que le persan. Je fais son épicerie. J'emmène les circulaires et il me montre ce qu'il veut acheter avec ses doigts»* (GD3-255 Marco, ASSS).

Outre l'utilisation de stratégies de communication non verbales, les intervenants affirment qu'**ajouter un ou deux mots dans la langue du client, utiliser un anglais ou un français de base (mots simples, courtes phrases), répéter plusieurs fois** pour se faire comprendre, **valider la compréhension et prévoir des rencontres additionnelles** sont des stratégies qui permettent de s'assurer que les recommandations ou les explications ont été comprises par leurs clients (Tremblay, Brouillet, Rhéaume et al., 2006).

Utiliser les services d'un interprète professionnel sera souvent une solution de dernier recours pour les intervenants qui préfèrent travailler directement avec le client ou s'organiser avec un membre de la famille que l'on appellera pour lui donner l'information, qui fera la traduction simultanée au téléphone ou qui sera présent au domicile lors de la rencontre (Tremblay, Brouillet, Rhéaume et *al.*, 2006). Il arrivera aussi que l'on demande la collaboration d'un intervenant de l'équipe en mesure de s'exprimer dans la langue du client. **L'appariement linguistique**, dans les situations plus difficiles ou plus délicates, est donc une stratégie qui est parfois utilisée pour favoriser l'intervention: *«C'est sûr que pour les clients, c'est plus facile d'avoir une travailleuse sociale qui parle leur langue maternelle parce qu'ils peuvent s'ouvrir plus en détail et c'est plus facile pour eux d'exprimer leurs inquiétudes ou de poser des questions»* (EI-D)-42 I Johanna, TS).

La relation, au-delà des mots

Pour les intervenants qui ont la possibilité de rencontrer leurs clients de façon plus régulière, la barrière linguistique ne représente pas un facteur qui entrave le développement de la relation et le maintien du lien – bien qu'elle les complique parfois – parce que *«dans la plupart des cas, avec le temps, on arrive à se comprendre»* (GD2-188 Anne-Marie, ASSS).

Les intervenants ont d'ailleurs développé des **stratégies adaptatives** qui leur permettent de bâtir un lien allant au-delà de l'impossibilité de s'exprimer dans une langue commune:

La barrière linguistique, ça interfère surtout sur l'efficacité de l'intervention mais ça ne change pas la relation interpersonnelle. On se fait beaucoup de sourires, de signes. Je suppose qu'elles comprennent ce que je leur dis par les

signes et les images, mais pour le lien, je ne suppose pas, je suis certaine qu'il est là (EI-A)-80 My, Inf.).

Bref, quand on ne parle pas la même langue, on trouve d'autres moyens pour établir et maintenir la relation : *«J'ai des clientes qui me donnent des recettes, me font goûter des plats qu'elles ont fait pour moi. Je leur amène des recettes avec des images, elles les essaient, on y goûte»* (GD1 Miranda, ASSS).

C'est surtout **l'utilisation du langage non verbal**, perçu comme un langage universel par les intervenants, qui permet le développement de la relation et le maintien du lien. Les regards, les sourires, les expressions, les touchers, le contact des mains, peuvent ainsi être utilisés à des fins relationnelles: *«Nos gestes, nos façons d'être vont permettre de créer la relation avec les clients. On est capables de communiquer mais à un autre degré. La relation que l'on établit avec le client, elle peut être plus forte des fois, même sans mot»* (GD2-213 Mariette, TS). Le non verbal est à ce point utilisé en soutien à domicile que les intervenants mentionnent qu'ils «jasent» avec leur client et ce, malgré la présence d'une barrière linguistique. Intervenir au domicile est un facteur favorable puisque clients et intervenants peuvent **utiliser des objets présents dans l'environnement**, notamment **des photos**, pour entamer des échanges de socialisation (**échange interstitiel**) et ce, malgré la présence d'une barrière linguistique:

Quand tu as le lien, la communication verbale ne compte pas beaucoup. J'ai un beau lien avec une dame grecque qui parle très peu français ou anglais. Elle me raconte toutes sortes d'histoires dans sa langue. Elle mélange anglais et grec, j'attrape des mots au vol. Elle me montre ses photos, on rit. Elle et moi, on se comprend au-delà de la langue. On voit qu'elle me fait confiance et qu'elle est attachée à moi (GD2-307 Windy, Inf.).

Le «**ressenti-client**» (Pène, Borzeix, Fraenkel, 2001, p. 30), important en soutien à domicile, devient un élément fondamental en présence d'une barrière linguistique puisqu'il est un indicateur de l'**état du client**, de la **qualité de la relation** et de sa **satisfaction**:

Quand il n'y a pas de langue commune, la relation, on ne la dit pas, on la ressent. Quand tu vois que la personne te sourit, que tu la sens bien, qu'elle t'offre des gâteaux, du chocolat, ses gestes et ses comportements te démontrent qu'elle est OK. Je vois aussi que c'est une façon pour elle de me montrer qu'elle est en relation avec moi, qu'elle est contente que je sois là et qu'elle est satisfaite (Martha, TS).

Le fait d'être **seul avec le client** favorise l'établissement d'un lien plus fort, même en présence d'une barrière linguistique:

J'ai eu un client, il me montrait ses photos de lui soldat et m'expliquait un tas de choses que je ne comprenais pas. Dans son non verbal, je comprenais qu'il était très fier. Un jour, j'ai compris un mot et je lui ai dit en anglais. Il était tellement content! Ça ne prend pas grand-chose des fois. Et ce dialogue avec ce client, cette relation, je ne pourrais pas l'avoir comme ça si quelqu'un d'autre était là pour qu'on se comprenne au niveau verbal. Ça ne serait pas pareil, le lien serait moins fort (GD2-308 Myriam, TS).

Les travaux de Vissandjee et Dupéré (2000) nous confirment que la présence d'une tierce personne influence la dynamique relationnelle entre un intervenant et un client et plus particulièrement, la dimension affective. Cette dernière étant essentielle pour la relation de proximité telle que vécue en SAD, il apparaît que les intervenants préfèrent, malgré la présence d'une barrière linguistique, développer un lien de personne à personne avec la personne âgée. Outre le fait qu'elle permet d'obtenir certaines informations relatives à la dimension technique de l'intervention, la présence d'une tierce personne n'est pas souhaitée par les intervenants du SAD

puisqu'elle modifie sensiblement la dynamique relationnelle qui s'instaure avec le client, celui-ci n'étant plus l'interlocuteur principal (Greene, Majerovitz, Adelman et *al.*, 1994; voir aussi Tremblay, Brouillet, Rhéaume et *al.*, 2006¹³⁰).

L'apprentissage de **quelques mots dans les langues de leurs clients** permettra aussi aux intervenants de maintenir la relation : *«J'ai appris des mots aimables dans différentes langues. J'ai une madame "Polish" et quand j'arrive, je dis: "djindo bri". Elle est contente elle me répond et je lui dis: "mariashtimash"/ "comment ça va"? Elle me répond. Et juste ça, c'est immense pour elle»* (GD1-442 Odette, ASSS). **L'humour** est aussi une façon d'entrer en relation avec leurs clients lorsqu'il est impossible de parler une langue commune:

Je connais des phrases dans des langues, mais qui n'ont aucun lien avec ce que je viens faire. Par exemple en allemand je sais dire: «Je viens fumer une cigarette. Vous fumez avec moi?» Ça désarme les clients et ça les fait souvent rire. L'accent que l'on a quand on parle leur langue, ils adorent ça! (GD1-170 Paloma, ASSS).

Utiliser des mots dans la langue des clients prendra parfois la forme d'une **double stratégie** puisque leur usage permettra à la fois de **faciliter les services** (au niveau de la compréhension) **tout en soutenant la relation**. Contenu et relation sont ici intimement liés puisque le contenu sert à la relation qui elle permet de faire passer l'information: *«Quand je donne le bain à mes clients grecs, je leur parle en grec avec des mots que j'ai appris. Le bonheur dans leur visage! Et c'est si simple dans le fond. Et d'utiliser ces mots, ça m'aide en même temps à faire le soin d'hygiène»* (GD1-171 Jean, ASSS).

¹³⁰ Battaglini et *coll.* (2005) ainsi que Tremblay, Brouillet, Rhéaume et *al.* (2006) relèvent de plus que la présence d'une tierce personne dans l'intervention, que celle-ci soit présente pour faire office d'interprète ou non, complexifie et prolonge la rencontre.

La barrière linguistique n'est donc pas considérée comme étant le problème majeur au plan relationnel, les difficultés étant d'un autre ordre pour les intervenants puisqu'elles reposent sur l'attitude et le degré d'ouverture du client : *«Barrière linguistique ou pas, peu importe l'origine ethnique, si ça ne passe pas au niveau de la relation, il n'y a pas beaucoup de communication. Et ça va dans les deux sens»*. (GD3-285 Graciella, ASSS).

Nos résultats montrent que la présence de la barrière linguistique entre les intervenants et leurs clients influence l'intervention, mais que l'importance accordée à ce facteur dépendra fortement du type de service effectué (McAll, Tremblay, LeGoff, 1997). Ainsi, les rencontres qui nécessitent peu de communication verbale au niveau du mandat prescrit ne poseront pas autant de difficultés aux intervenants que celles qui sont basées sur l'échange de la parole (Gagnon et Saillant, 2000). La présence de la barrière linguistique n'aura pas non plus le même impact sur le pôle technique et le pôle relationnel de l'intervention puisqu'une impossibilité de communiquer dans une langue commune n'empêchera pas les intervenants d'élaborer une relation de proximité avec leurs clients, le langage non verbal (analogique) venant compenser, dans une certaine mesure, pour l'aspect dialogique. Il n'en demeure pas moins que la langue constitue, pour les intervenants, l'enjeu le plus important dans la rencontre interculturelle (Gagnon et Saillant, 2000). Un code linguistique commun demeurera, à leurs yeux, une condition facilitante puisqu'une possibilité d'interagir au niveau verbal leur permettra d'avoir accès à des informations – aux plans technique ET relationnel – qu'ils ne peuvent obtenir autrement et ce, peu importe les efforts fournis pour établir une bonne communication et une bonne relation.

5.1.5.3 Travailler avec les particularités culturelles, un bricolage de tous les jours

Une conception large de la culture

Nous avons mentionné l'importance que revêt, pour les intervenants, la **prise en compte de la culture de chaque client** pour **adapter et ajuster**, dans la mesure du possible, le plan de service à ses attentes, à ses demandes et à ses besoins ainsi qu'à ceux de la famille (**condition de réussite de l'intervention**). La vision élargie de la culture, telle qu'ils nous la présentent, nous montre que sa prise en compte n'est pas uniquement reliée à l'origine ethnoculturelle de la personne âgée ou à des particularités de comportements qui en découleraient :

Pour moi, tous mes clients ont leur culture, leur histoire, leur particularité, leurs habitudes, leurs petites lubies. Il faut en tenir compte peu importe la culture d'origine du client parce qu'on est dans leur maison. À domicile, on joue sans arrêt avec ça. On doit s'ajuster en fonction de chacun parce que c'est ça notre travail. Certains clients sont plus particuliers que d'autres, mais ça n'a pas toujours à voir avec le lieu où ils sont nés, ou avec leur religion ou des pratiques culturelles. Une fois rentrée, je regarde ce qui doit être pris en compte. Des fois, je peux adapter certaines choses en lien avec des particularités ethniques mais ça n'a pas d'importance que ce soit pour une raison ou pour une autre. Quand je m'adapte, c'est pour faciliter la relation, faciliter les services et pour respecter le client dans ce qu'il est, dans sa maison. (EI-A)-116 My, Inf.).

Pour les intervenants, **la culture individuelle** des clients outrepassera, dans plusieurs occasions, celles **des groupes auxquels ils peuvent appartenir** :

Je ne vais pas au domicile en me demandant si la personne est immigrante ou pas. Je ne rentre pas chez un membre d'un groupe ethnique X, je m'intéresse à la personne d'abord parce que chaque personne est différente. On s'adapte

à la personne chez qui on est plus qu'à une culture, plus qu'à une religion. Qu'il ait un nom arabe ou juif, qu'il soit orthodoxe ou non, qu'il soit perse ou hindou, né ici ou ailleurs (EI-A)-116 My, Inf).

Leur façon de concevoir la culture de leurs clients nous montre de plus que celle-ci est autant présente entre deux Québécois d'origine canadienne-française (profession, statut socio-éco, etc.), qu'entre un client immigrant et un intervenant d'origine canadienne-française ou entre un intervenant Québécois issu de l'immigration et un Québécois d'origine canadienne-française ou anglaise. Cette anecdote, relevée par une infirmière nous relate une situation où elle dit avoir pris en compte la culture du client pour ajuster son intervention:

J'ai une patiente, quand je vais chez elle, elle ne veut pas que je touche à rien. Je n'ai pas le droit de déposer mes affaires sur aucun de ses meubles. J'ai trouvé un truc (stratégie adaptative pour favoriser la relation): j'arrive avec une petite table pliante, je mets mes choses dessus, et tout le monde est content. Je suis relax, elle est relax et nous sommes toutes les deux confortables avec la situation. Je peux faire mon travail, elle reçoit les soins et tout va pour le mieux. Cette femme, elle née au Québec. C'est sa culture personnelle on pourrait dire, sa petite lubie. Ce n'est pas tous les Québécois qui demandent ça et plusieurs de mes patients immigrants ne m'en demandent pas autant (Windy, Infirmière).

Il n'en demeure pas moins que le travail auprès de la clientèle âgée immigrante possède certaines particularités et que certains ajustements et adaptations sont liés à des éléments d'ordre ethnoculturel :

Oui, la religion influencera des fois nos interventions. Oui, certaines habitudes culturelles vont avoir un impact sur notre façon d'approcher la personne. Mais je pense que comme intervenant, il faut d'abord se demander: «Est-ce que les croyances ou la religion empêchent les soins ou on peut faire avec?» Quand ça arrive, on prend le temps de discuter avec le patient, avec la famille, entre nous les intervenants et on essaie de comprendre. L'objectif,

c'est d'arriver à un terrain d'entente (négociation) (GD3-311 Graciella, ASSS).

S'adapter, s'ajuster et «faire avec»

La prise en compte de la présence d'une culture chez chaque personne n'empêche pas les intervenants de signaler l'**existence de particularités ethnoculturelles** chez leurs clients, reliées aux **pratiques**, aux **croyances**, aux **valeurs** ou aux **modes de vie**, qui peuvent avoir une certaine influence sur leurs interventions et sur leur façon d'entrer en relation mais qui ne sont pas nécessairement considérées comme étant un facteur de difficulté : *«Dans d'autres quartiers, ou dans certains hôpitaux, les différences culturelles sont considérées comme un facteur de difficulté. Nous, on baigne là-dedans! On est tellement habitués de faire avec qu'on ne les voit plus des fois» (GD3 Jean-Pierre, inf.).*

Le fait de travailler au quotidien avec une clientèle pluriethnique peut ici entrer en ligne de compte puisqu'il est montré qu'un individu qui aura vécu de nombreuses interactions avec des personnes provenant de différentes cultures sera moins ethnocentrique, aura des stéréotypes plus positifs et connaîtra une baisse d'anxiété lors d'une interaction, comparativement à un individu qui aura connu peu de contacts interculturels (Stephan et Stephan, 1989).

S'adapter à la diversité, s'ajuster et «faire avec» représente un mot d'ordre pour les intervenants qui affirment que ces attitudes sont des prérequis pour travailler dans un contexte pluriethnique : *«Il faut s'intéresser et avoir la capacité de s'adapter et avoir l'ouverture pour travailler avec des gens de cultures variées qui viennent de partout sur la planète et qui ont différentes coutumes et croyances» (GD2-354 Myriam, TS).*

La prise en compte de ces particularités variera en fonction des **professions** et en fonction des **tâches à accomplir**. Les travailleurs sociaux nous parleront des résistances des familles et des clients concernant le placement en centre d'hébergement en raison d'une part, de l'**inadaptation des services à leur culture et à leurs modes de vie**:

Même si, en général, les gens ne sont pas chauds à l'idée d'aller en centre, ceux qui ne sont pas d'origine québécoise ne veulent tout simplement pas y aller. Une des grosses raisons: leur culture n'est pas valorisée au niveau de la diète par exemple, ou de la musique que l'on écoute. Les goûts sont différents et le fait de ne pas vouloir manger de porc est souvent mentionné (GD2 Myriam, TS).

L'impossibilité, pour les personnes âgées d'être placées dans des centres où elles auront la possibilité de **s'exprimer dans leur langue maternelle avec le personnel** est, d'autre part, une raison fréquemment invoquée par les clients et leur famille :

J'ai eu une dame qui ne parlait qu'arabe. Elle a dû être placée. L'angoisse terrible que cela a créé chez elle parce qu'elle avait peur que personne ne parle sa langue et puisse la comprendre. Elle a été très soulagée quand elle vu que l'infirmière à la résidence parlait arabe. Et on n'a qu'à se mettre à leur place: est-ce que l'on accepterait de finir nos jours dans un endroit où personne ne comprend ce que l'on dit? Les anglophones de Montréal ne veulent pas être placés dans des centres où la langue d'usage est le français. C'est la même chose pour les francophones qui ne veulent pas être dans des centres anglophones. C'est problématique au niveau de la gestion des services, mais humainement, c'est parfaitement compréhensible (EI-C)-22 Martha, TS)¹³¹.

¹³¹ Les intervenants reconnaissent cependant que certaines communautés, comme la communauté juive, sont mieux organisées que d'autres puisqu'existent des maisons d'hébergement qui leur sont spécifiquement réservées, donc, mieux adaptées culturellement au niveau du personnel, de la nourriture, de la musique, etc. Le temps d'attente cause cependant problème dans plusieurs de ces centres.

Ils ont d'autre part souligné l'immense **culpabilité vécue par certaines familles issues de communautés culturelles** lorsqu'il est question de placer leur parent ou leur conjoint en centre d'hébergement : *«Il n'y a pas un enfant qui place son parent de gaieté de cœur, mais dans certaines communautés, tu atteins un niveau de culpabilité inimaginable, paralysant. On ne les place pas. Ils ne veulent pas. Ça ne se fait pas, c'est de les tuer que de s'imaginer qu'ils vont les placer»* (EI-E)-84 Sophie, TS).

Ces résistances rendent difficile et même parfois impossible toute négociation. Les travailleurs sociaux mentionnent qu'il est important de prendre en compte cette réalité puisqu'ils doivent se conformer à la volonté du client ou de la famille, même si la situation leur semble inacceptable :

Il faut vraiment tenir compte de la culture à ce niveau-là. Si on bloque sur l'idée de le placer et qu'ils ont décidé qu'ils ne le placeront jamais, le courant ne passera pas et tu ne pourras pas les aider si un jour, ils ont besoin de toi. Ne pas se dire non plus que la famille bloque. Se dire plutôt : «La mère a aussi l'attente que ses enfants la soignent coûte que coûte». Même si on considère qu'il y a certains risques évidents pour elle, c'est plus important de suivre sa tradition. Il ne faut pas décider à leur place à tout prix. On doit respecter, même si on trouve que ça n'a pas de bon sens (GD2-257 Myriam, TS).

Certains affirmeront que la question du placement est plus difficile avec la clientèle immigrante en raison de la présence de **différences intergénérationnelles** qui créent des tensions entre les enfants, intégrés à la société d'accueil, qui veulent placer leur parent et celui-ci qui ne veut pas :

Des fois c'est le choc des cultures entre les enfants qui se sont assimilés au mode de fonctionnement ici et les parents qui ne l'ont pas fait au même degré. Tu as ta cliente âgée, disons haïtienne, qui a sa culture (culture du client),

qui a vécu de telle façon et tu as les enfants qui eux sont intégrés à notre culture (culture des enfants, intégration à la société d'accueil). Si elle est lucide, il faut que tu respectes la volonté de la cliente si elle refuse d'être hébergée. Et tu as les enfants, même si on voit aussi le contraire, qui souhaitent l'hébergement. Toi tu dois respecter les deux et trouver un lien entre la culture du patient et celle des enfants. Il y a des drames déchirants dans ces histoires-là (intervenant pris entre la culture du client et la culture des enfants) (Nadia, Infirmière).

Les diététistes mentionnent qu'elles doivent prendre en compte certaines **particularités alimentaires** en fonction des groupes ethniques qu'elles rencontrent. Elles font aussi part de leurs préoccupations liées au **jeun** pratiqué par certains clients en raison de pratiques religieuses qui, selon elles, peuvent mettre en péril leur santé déjà précaire. Elles doivent, dans ces conditions, tenter de trouver des terrains d'entente et modifier leur mode d'intervention :

Il faut vraiment connaître leur façon de voir les choses parce que ça change tout des fois. J'ai eu un cas où la dame, de religion juive, était très stricte avec son jeun. J'en ai parlé aux enfants qui en ont parlé au prêtre. Il est venu lui dire qu'elle n'avait pas à être aussi sévère. Mais elle y tenait à tout prix. J'ai dû respecter son choix qui était complètement contraire à ce que je lui conseillais, mais je la suivais plus fréquemment pour m'assurer que son état ne se dégradait pas trop (rencontres plus fréquentes) (GD3-329, Carmen, Diététiste).

Les auxiliaires évoqueront l'existence de **pratiques rituelles liées aux soins d'hygiène** :

La relation qu'ont les gens des pays arabes avec le bain, c'est particulier parce que c'est à la fois un bien-être physique et un bien-être psychologique. Leur façon de prendre leur bain, c'est un sauna, un hammam, un vrai soin corporel. Et ça dure plus qu'une heure, des fois deux. Un bain ordinaire pour eux, ça n'existe pas. Ils pensent souvent qu'on va chez eux pour ça (GD3-155 Marco, ASSS).

Certains accepteront de donner, au départ, des soins particuliers dans le but de créer la relation pour ensuite, graduellement en arriver au soin d'hygiène tel que prévu par les normes du CLSC : *«Sur certaines choses je vais plier, mais je vais leur dire : "c'est à ça qu'on s'attend, c'est ça qu'on doit faire"»* (GD3-315 Lucinda, AFS). Cognet (2001) affirme à cet effet qu'une bonne relation sous-tend que les intervenants vont mettre «toute leur "humanité" au service [du client] [...] mais elle entend aussi que le soigné réponde positivement aux attentes du soignant» (p. 107). L'acte technique devient, dans certains cas, un acte stratégique qui utilise les pratiques culturelles pour servir la relation:

Il y a une relation qui se crée avec la personne qui te fait ce soin. Tu n'es pas comme la bonne, mais tu deviens son amie, – on s'appelle par nos prénoms et tout – et c'est à partir de ce moment que tu peux les amener doucement à accepter un bain ordinaire. Tout doucement, ils laissent tomber, surtout quand ils finissent par comprendre que tu ne peux pas faire ça à tous tes clients. Mais ça prend la relation pour leur faire comprendre ça. Il y a une dame, ça m'a pris au-dessus d'un an et demi pour la convaincre de laisser tomber son hammam (GD3-170 Graciella, ASSS).

Il importe cependant de nuancer la teneur strictement ethnoculturelle du soin d'hygiène puisque si l'on y inclut les propos d'autres intervenants, celui-ci n'est pas seulement tributaire de pratiques culturelles puisque cette activité est considérée comme n'étant pas uniquement centrée sur l'acte technique mais aussi sur le bien-être du client :

J'ai une cliente d'origine québécoise. J'ai obtenu une heure trente pour son soin d'hygiène. Dans cette heure et demie, je lui donne une douche qui la rajeunit. Ça dure longtemps. Des douches, je peux en donner en dix minutes. Mais ce n'est pas que la douche. Il y a tout un volet qui est non-dit là-dedans. La relation, elle se passe à ce moment-là, dans une communication sans mots, qui se fait avec beaucoup de respect. Cette dame, je la touche, je la crème, j'en prends soin et ça lui fait du bien. Ce que je pratique, c'est du «loving

care», ça va beaucoup plus loin que la simple hygiène corporelle (GD2-169 Monique).

Les intervenants adaptent aussi leurs visites en fonction de certaines croyances religieuses ou en fonction de certaines fêtes (**adaptation des visites en fonction des fêtes et des calendriers religieux**): *«Il y a des Juifs qui vont me dire: "Il ne faut pas venir demain parce que c'est la fête et on ne reçoit pas". On va s'arranger» (GD2-195 Windy).* Certains horaires seront, par exemple, fixés en fonction du calendrier lunaire : *«La personne vient des Caraïbes, elle regardait son calendrier pour le prochain rendez-vous : "Ah! Non, pas cette journée-là, c'est une pleine lune". Moi, ça ne change pas mon travail de retarder la rencontre d'une semaine» (GD3-334 Martin, TS).*

Ils s'ajusteront aussi à des **demandes spécifiques provenant de la famille** lors du **décès des clients** :

Quand on va chercher de l'équipement parce que la personne est décédée, il y a des Juifs qui nous indiquent qu'il faut y aller tout de suite. Et là, je sais que ce n'est pas un caprice. Je dois respecter ce genre de demandes parce qu'ils veulent qu'on ramasse très rapidement tout ce qui était relié à la maladie. Les musulmans, ils te demandent d'attendre trois jours (GD3-315 Graciella, ASSS).

Respecter les modes de vie et les valeurs de leurs clients dans la mesure où ils ne dépassent pas les limites de l'organisation ou leurs propres limites personnelles font donc partie de la réalité de la pratique des intervenants en soutien à domicile. Il arrive cependant que l'ajustement dont ils font preuve dépasse les frontières qu'ils se sont fixées:

On s'accommode beaucoup sans s'en rendre compte. Parfois on fait des choses et on se dit quand on sort : "J'ai accepté ça?!" Sur le coup, tu es chez le client et tu rentres dans sa façon de vivre. Et tu es devenue culturelle. Tu es devenue une Juive quand tu es chez la Juive. Tu es devenue une Haïtienne quand tu es chez l'Haïtienne (GD2-195 Windy, inf.).

Il leur arrivera de faire des **entorses aux règlements** pour respecter certaines pratiques et entretenir le lien qui s'est établi avec leurs clients (Cognet, 2001). Ils accepteront par exemple des **petits cadeaux**, malgré l'existence d'une politique institutionnelle qui défend clairement cet acte: *«C'est un signe de reconnaissance pour les gens. Refuser dans certaines cultures, c'est un signe d'insulte, les gens peuvent être vraiment offusqués. Et des fois, la relation a été tellement fragile longtemps qu'on ne refuse pas parce que ça pourrait tout remettre en cause»* (GD2-277 Myriam, TS).

Plusieurs intervenants ont mentionné qu'ils se sentent parfois **obligés de manger la nourriture qui leur est offerte** pour ne pas offusquer les personnes âgées: *«J'avais un client, c'était un vrai pratiquant juif. Quand j'arrivais, il me donnait des biscuits, pas de sel, pas rien, avec du lait et ce n'était pas bon. Je n'avais pas le choix d'en manger parce qu'il y tenait beaucoup et je ne voulais pas le blesser»* (GD1-401 Jean, ASSS).

Il n'en demeure pas moins que les ajustements rencontrent leur limites en fonction des **normes organisationnelles** et des **ressources disponibles**, mais en fonction aussi des **limites personnelles** et **professionnelles** des intervenants. Ceux-ci n'accepteront pas de s'ajuster à n'importe quelle situation :

On ne se mettra pas à faire n'importe quoi juste parce que la personne vient d'ailleurs. Ce qu'on fait, c'est qu'on essaie de s'adapter à la personne tout en mettant nos limites. Il y a celles fixées par l'organisation au niveau des

ressources disponibles ou au niveau des normes de sécurité, il y a nos limites professionnelles qui font qu'on ne peut pas répondre à toutes les demandes, mais il y a aussi nos limites personnelles où on décide nous-mêmes de mettre un frein parce que ça dépasse ce qu'on est prêt à faire, à accepter ou à entendre (GD3-213 Martin, TS).

Connaître certaines particularités ethnoculturelles

Posséder des connaissances sur les coutumes ou les particularités culturelles relatives à une communauté (**approche culturaliste**) peut être un avantage pour les intervenants qui affirment que ces informations peuvent parfois les aider à diriger leurs interventions et éviter certaines incompréhensions ou malentendus. Ces pistes leur permettront aussi de **mieux appréhender certaines pratiques** et serviront tout autant à **faciliter la relation** puisqu'elles montrent aux clients qu'on les respecte et que l'on prend en compte leur culture: *«Les Juifs ont deux sortes de vaisselle et il y a une éponge pour laver chaque type de vaisselle. On ne peut pas arriver et dire que ça ne marche pas comme ça pour nous» (GD1-389 Miranda, ASSS).* Montrer que l'on connaît certains **rituels sociaux**, propres à certains groupes ethnoculturels, sont aussi des façons pour les intervenants de témoigner à leurs clients qu'ils re-connaissent certains signes de leur culture d'appartenance: *«Il y a des petits trucs de base importants que l'on doit savoir. Chez les Japonais, on ne tend pas la main, on baisse la tête. C'est important ça. Tu leur montres que tu reconnais leur culture même s'ils sont rendus ici. Pour établir le lien, c'est vraiment bien» (GD1-163 Luis, ASSS).* Considérés comme un «principe régulateur fondamental des contacts sociaux» (Marc et Picard, 2008, p. 41), ces actes sont des indices importants qui annoncent une volonté d'équité, d'échange et de réciprocité tout en favorisant l'ouverture et la réceptivité des personnes âgées. Comme l'indique Picard (1995), ces rituels d'interaction «tendent à manifester la reconnaissance d'autrui, à valoriser les

interlocuteurs, à ménager leur susceptibilité, à faire que la communication interpersonnelle stabilise et soutienne le rôle, l'image et l'identité de chacun».

Les intervenants reconnaissent cependant qu'il leur est impossible de connaître toutes les particularités de chaque groupe tout comme ils avancent que les clients comprennent généralement s'ils font certains impairs reliés à leur méconnaissance de certaines pratiques : *«Ils savent qu'on ne sait pas tout. Ils savent aussi que l'on arrive avec nos modèles d'intervention et nos propres valeurs culturelles et personnelles. Généralement, ils respectent nos erreurs. Ils vont nous le dire ou nous expliquer pourquoi ils fonctionnent de telle manière. Le secret, il est là: dans la communication avec eux»* (Nadia, Inf.). **L'utilisation de la communication** servira, dans ces cas, à régulariser la relation puisque c'est l'interaction entre le système culturel de l'intervenant et celui du soigné qui, par l'échange d'informations, permettra de créer une confiance réciproque et une meilleure collaboration de la part du client (Fostier, 2005, p. 474). Les intervenants apprécient d'ailleurs obtenir ce genre d'informations directement de la bouche de leurs clients : *«Il faut le prendre de façon positive plutôt que de voir ça comme un manque d'adaptation ou un refus d'ouverture de leur part»* (GD1-382 I-4, TS).

Ils ont été nombreux à souligner qu'il faut demeurer prudent lorsque l'on généralise les comportements chez un même groupe puisque les variations individuelles sont tout aussi importantes, particulièrement en soutien à domicile:

Les généralisations, ça peut être utile au niveau de la gestion nationale mais, quand tu vas à domicile, tu es avec une personne. C'est aux gens qu'on s'accommode, pas nécessairement à leur culture. La cliente, elle peut être musulmane et très ouverte d'esprit. Tu peux avoir une catholique, dure d'esprit et, si tu ne portes pas le crucifix, elle va te le mentionner. C'est très personnel à chaque fois (GD3-329, Carmen, diététiste).

La généralisation peut aussi influencer les perceptions des intervenants et ne pas nécessairement représenter la réalité du client. Cette anecdote, racontée par un infirmier, nous montre comment des idées préconçues peuvent influencer leur attitude dans certaines situations :

Parfois, on a des patients plus jeunes. Une fois, je vais chez une femme qui venait d'Arabie Saoudite. Elle avait eu une césarienne, on devait changer son pansement. Avec le nom sur la fiche, j'avais mentionné, quand j'avais appelé, que j'étais un «male nurse», juste pour préparer le terrain. J'arrive et je ne vois que ses yeux, elle était toute voilée. Pas un mot d'anglais ou de français. J'ai eu un petit stress. Je lui faisais des signes et je voyais ses yeux rieurs. Finalement, tout a très bien été. Dans le fond, c'est moi qui étais mal à l'aise et pas elle. En fait, j'étais mal à l'aise parce que je ne voulais pas que la cliente se sente mal à l'aise (GD3-221 Jean-Pierre, Inf.).

Les intervenants ont aussi spécifié qu'il ne faut **pas prendre pour acquis les attitudes familialistes et communautaristes reconnues chez certains groupes** puisqu'elles peuvent ne pas correspondre à la réalité de certains clients et de leurs familles:

On a souvent l'idée que les migrants vont s'entraider entre eux, qu'ils vont prendre soin de leurs parents âgés. Ce n'est pas toujours le cas. Plusieurs personnes âgées immigrantes sont isolées et n'ont pas de réseau. Leurs enfants sont à Toronto, aux États-Unis, en Allemagne. Ils ne sont pas tous en mesure de prendre soin de leurs parents quotidiennement. Même ceux qui ont des enfants ici, les enfants travaillent et n'ont pas toujours le temps. Ce sont souvent les mêmes conditions que pour les gens nés ici (EI-C)-18 Martha, TS).

Faire preuve d'ouverture, de neutralité et poser des questions

Devant l'impossibilité de connaître les particularités ethnoculturelles propres à tous les groupes ethniques qu'ils rencontrent et face au constat que les variations individuelles sont très importantes d'une personne à l'autre, les intervenants affirment qu'ils préfèrent adopter d'autres stratégies, d'ordre relationnel, plutôt que d'arriver avec des hypothèses prédéterminées. Arriver chez le client avec une **attitude neutre** en laissant derrière **les préjugés** font partie de ces moyens. **Faire preuve d'ouverture, se montrer intéressé et poser des questions** aux clients ou à la famille sont les stratégies employées par les intervenants pour mieux connaître et mieux comprendre des situations, des demandes ou des comportements qui leur sont inconnus. Ces attitudes facilitent l'intervention et permettent, en même temps, de créer un lien plus fort avec le client :

C'est toujours mieux de demander directement à la personne quand elle est capable de répondre. Simplement. C'est un élément important de la communication et ça favorise la relation. Avant, j'avais des réticences à les questionner parce que je me disais : «Ils vont penser que je trouve qu'ils sont des bibittes bizarres. Moi, la blanche qui pose des questions à l'étranger pour connaître ses façons d'être». Mais pas du tout. Je suis étonnée des fois de voir avec quel plaisir ils me répondent. Ils voient que tu t'intéresses à eux, à ce qu'ils sont. Souvent, ils te remercient même. (GD2-253 Monique, ASSS).

Profiter de la bonne relation que l'on entretient avec certains clients pour **échanger des connaissances concernant des coutumes ou des pratiques qui sont moins familières** est un moyen, pour les intervenants, d'entretenir le lien qu'ils ont développé avec ces personnes tout en apprenant d'elles. Dans cette optique, le client

devient une clé d'apprentissage pour l'intervenant¹³² : «*C'est avec ces gens-là qu'on apprend le plus. Et ça devient un véritable plaisir*» (GD1-387 I-7, Carole, diététiste).

Connaître l'histoire migratoire et le vécu de la personne

Les intervenants relèvent l'importance de **connaître l'histoire migratoire, le vécu** de la personne ainsi que les **épreuves traversées** (séances, gouvernements autoritaires, migration, deuils, etc.) pour être en mesure de **mieux comprendre** ses comportements et notamment les raisons de sa méfiance. Des études montrent qu'il est important, pour les intervenants, de prendre en compte **le statut migratoire, le temps de résidence depuis l'immigration, les circonstances de la migration** puisque ceux-ci ont une influence importantes sur l'intervention (Dunn et Dyck, 2000, p. S57). Ces éléments permettront aux intervenants de rassurer les clients sur leurs intentions pour favoriser la réussite de l'intervention :

Tenir compte de leur expérience antérieure, ça fait une différence. Les épreuves qu'ils ont dû traverser vont te guider pour comprendre comment travailler avec eux pour des grosses décisions qu'ils auront à prendre. Ça t'aide à comprendre certaines résistances et tu comprends mieux leurs choix. Quand on sait que la personne a telle vision de l'État par exemple, on comprend mieux sa méfiance et on peut mieux lui expliquer ce que nous on fait (GD2-218 Myriam, TS).

S'intéresser au parcours migratoire des clients et leur parler de leur pays d'origine sont aussi des façons de montrer que l'on s'intéresse à eux, à leur histoire (**espace de reconnaissance**), ce qui favorise l'établissement et le maintien d'un lien de confiance :

¹³² Saillant et al. (2009) nomment cette stratégie «apprentissage par la proximité avec l'altérité».

Les gens adorent raconter ça. Ça les met en confiance de voir qu'on s'intéresse à leur vie, qu'on les reconnaît dans ce qu'ils sont comme êtres humains, pas juste parce qu'ils sont malades ou parce qu'ils ont besoin de service. Ce sont des petits détails, mais qui sont très importants pour la relation, ça ouvre des portes. On fait un peu la même chose avec les gens qui sont nés ici, mais avec les personnes immigrantes, ça prend des fois une importance particulière (GD1 Jacques, TS).

L'expérience migratoire des intervenants : Un atout non négligeable

Nos résultats confirment les propos de Saillant, Châteauneuf, Cognet et *al.* (2009), qui affirment que l'expérience migratoire favorise une sensibilité et une identification positive aux immigrants (Saillant, Châteauneuf, Cognet et *al.*, 2009, p. 47). Les intervenants qui ont connu l'immigration se diront en effet plus sensibles à la condition de leurs clients âgés immigrants (**filiation reliée à l'expérience migratoire commune**) puisqu'ils affirment qu'ils sont en mesure de **mieux comprendre certaines conséquences de la migration**, notamment les **difficultés et le stress vécus** dans les premières années, ainsi que les **embûches reliées au processus d'adaptation et à l'apprentissage d'une nouvelle langue** :

Ça me permet de mieux comprendre leur trajectoire. J'avais 14 ans quand je suis arrivée ici. Mais si je me mets à la place de mes clients âgés, il y en a qui ont immigré plus tard dans leur vie et ça a été peut-être un peu plus difficile de s'adapter, d'apprendre la langue. Les gens qui parlent peu l'anglais ou le français, je comprends mieux des fois, comparativement à des collègues de travail qui n'ont pas eu à passer par là (EI-D)-52 I Johanna, TS).

L'identification sera parfois plus forte avec la clientèle en raison de l'expérience partagée de la migration et du «statut d'étranger au Québec» (Cognet, 2001, p. 107).

Certains intervenants affirmeront même qu'ils trouveront **plus facile de travailler auprès des personnes âgées immigrantes** plutôt qu'avec des personnes âgées qui sont nées au Québec :

J'ai l'impression de les comprendre plus facilement. J'ai une manière de travailler, de communiquer et d'être en relation qui est différente si je compare mon travail avec les personnes âgées qui sont nées ici. Je trouve ça plus difficile avec les Québécois de souche parce que je me sens plus intimidée et plus gênée. Je ne sais pas trop quoi faire. Peut-être parce que je ne suis pas d'origine québécoise et que je m'identifie moins à ces personnes-là (CAS6-773 Nayla, ergo).

Nos analyses nous montrent que l'ethnicité et la culture des clients sont des éléments qui ont une influence sur l'intervention et que c'est l'utilisation de stratégies adaptatrices qui permettent aux intervenants de s'ajuster, d'accepter et de traiter ces différences qui sont par ailleurs nombreuses et complexes. Nos résultats soulignent, encore une fois, l'importance que prennent le temps et la relation pour transcender ces spécificités :

C'est la relation que l'on tisse avec le temps qui est importante en soutien à domicile, dans tous les cas. Mais avec les clients immigrants, ça le devient parfois plus. Dans la plupart des cas, la barrière linguistique ou les différences culturelles, on arrive à passer par-dessus justement parce que la relation est établie (CAS 4-5-233, Nadia, inf.).

Il faut cependant souligner que les intervenants font preuve d'ouverture lorsqu'il est question de l'ajustement culturel des services. Nos résultats confirment les propos de

Ducharme, Paquet, Vissandjée et *al.* (2008) qui affirment, suite à une étude sur l'intervention en soutien à domicile, que les intervenants «reconnaissent d'emblée la réalité du pluriculturalisme et proposent plusieurs solutions pour parvenir à des zones d'entente acceptables et partagées avec les utilisateurs des services» (p. 202). Ces solutions ne sont cependant pas sans condition puisque la reconnaissance à laquelle ils s'attendent est double : «celle du migrant dans sa différence et celle de l'intervenant dans sa différence» (Le Breton, 1989, p. 169). Cette reconnaissance «souhaitée» ne concerne pas seulement leur identité professionnelle puisque d'autres référents identitaires, sociaux ou personnels, peuvent être, intentionnellement ou non, interpellés ou sollicités, dans les rencontres. Les appartenances ethnoculturelles et ethnolinguistiques des intervenants peuvent notamment avoir une influence non négligeable sur leurs interventions ainsi sur leurs façons d'entrer en relation avec leurs clients.

Cohen-Emerique (1993) soutient à cet effet que «le processus de reconnaissance d'une altérité différente culturellement» s'inscrit à l'intérieur de trois paramètres qui sont : la culture subjective unique à chacun, l'interaction entre les acteurs et les différences de statut social, économique et politique. Cette auteure relève ainsi toute «la complexité et la difficulté qu'introduisent ces paramètres» en contexte d'intervention (p. 73). Comme elle l'affirme, il faut :

[...] dépasser le schéma simpliste concernant l'action professionnelle en milieu multiethnique, comme quoi il suffit de connaître la culture de l'autre ou d'être de la même origine ethnique pour être efficace; certes la connaissance objective et la connaissance du dedans sont importantes, mais s'y limiter exclut la prise en compte de la complexité du contact interculturel (p. 73).

Nos résultats appuient son affirmation.

5.1.5.4 Les appartenances ethnoculturelles et ethnolinguistiques des intervenants, jeux et enjeux

Les intervenants reconnaîtront qu'une **même origine géographique** ou une **même appartenance ethnoculturelle** ou **linguistique** sont des atouts considérables pour faciliter l'intervention, élaborer la relation et favoriser le lien puisque les clients s'identifieront plus facilement à l'intervenant en raison de résonances et de traits identitaires communs (**proximité ethnique**¹³³) qui suggéreront «une relative compréhension sous-entendue» (Barrette, Gaudet, Lemay, 1993, p. 122):

C'est juste plus facile si c'est une bonne vieille Québécoise qui ressemble à ta grand-mère. Ça te fait penser et agir autrement. Il y a une espèce de non-dit ou on reconnaît des routines. Je ne dirais pas que c'est juste culturel, ça peut être des associations. On se reconnaît dans ces attitudes. Alors que la même personne qui n'est pas de la même culture ou pas née ici, ou qui serait anglophone, ça peut-être plus difficile de s'identifier et de trouver des points communs (GD3-307 Jean-Pierre, Inf.).

Cet infirmier ajoutera que des affinités d'ordre personnel (le «clic») pourront surpasser les affinités d'ordre ethnoculturel : *«Mais c'est particulier d'une situation à l'autre. Ça dépend de ce que tu développes avec la personne. J'ai des Québécois francophones avec qui j'accroche moins que certains clients qui viennent d'ailleurs»* (GD3-307 Jean-Pierre, Inf.). Gudykunst et Kim (1992) affirment à ce sujet que:

[...] the more partners self-disclose to each other, the more they are attracted to each other, the more similarities they perceive, and the more uncertainty they reduce about each other, the more satisfied they are, the more competent the partners judge each others' communication to be, the more satisfied they are (p. 202).

¹³³ Les termes de «proximité ethnique» et d'«appariement ethnique» ont été empruntés à Cognet, 2001, p. 107.

Des stratégies de pairage – linguistique, ethnonational ou religieux – (appariement ethnique) seront parfois utilisées entre les membres d'une même équipe de travail pour faciliter la compréhension et la communication entre les intervenants et les clients. L'intervention s'en trouve ainsi facilitée puisqu'elle favorise l'ouverture, la réceptivité du client, et laisse place à une meilleure intercompréhension de la situation:

C'est un moyen utile pour élaborer la relation et c'est un plus pour l'intervention. Il y a moins d'obstacle à la communication. C'est plus facile d'expliquer et ça prend moins de temps pour déchiffrer, traduire, comprendre l'information, les inquiétudes (un atout pour l'intervenant). Les gens sont plus à l'aise quand on va leur parler dans leur langue maternelle parce qu'ils comprennent mieux ce qu'on peut leur offrir. C'est plus facile pour eux de s'exprimer. Ils vont aborder plus facilement ce qu'ils ont vécu là-bas, ils se laissent aller plus et vont raconter plus de choses (un atout pour le client). Ils partagent avec nous des choses qu'ils ne vont pas nécessairement raconter à une personne qui n'est pas de leur culture (EI-D)-46 I /EI-D)-48 I Johanna, TS).

Les intervenants qui ont vécu dans un pays totalitaire affirment être en mesure de mieux comprendre certaines peurs et résistances des clients reliées à l'autorité et au gouvernement, ce qui transforme leur façon de communiquer auprès de ces personnes:

J'ai vécu 38 ans en Roumanie et, pendant la dictature, on n'avait pas le droit d'avoir de contact avec les étrangers. Si quelqu'un te demandait quelque chose et que tu lui donnais l'information, on pouvait être déclaré à la police. Ce vécu me permet de comprendre la résistance de certaines personnes quand on leur pose des questions. C'est pour ça que j'y vais toujours tranquillement (CAS 4-5-229 Nadia, Inf.).

D'autres intervenants mentionneront par contre que **l'appariement ethnique** ne représente **pas toujours une solution** pour faciliter l'intervention puisque la **couleur de la peau, l'appartenance religieuse, linguistique ou l'origine ethnoculturelle** peuvent, dans certains cas, **soulever des tensions et être défavorables à la relation**:

J'accompagnais une collègue auxiliaire chez une cliente juive pour un bloc de deux heures pour le ménage et cuisiner des plats. La cliente ne connaissait pas l'auxiliaire et je devais seulement observer. C'est moi qui ai fini par faire le travail parce qu'après les présentations, la cliente a dit à l'autre auxiliaire: «Comment ça se fait que tu es une auxiliaire et que tu es juive? Ça ne se fait pas». Et c'est vrai, quand on y pense, qu'il n'y a pas d'auxiliaire juives. Dans cette culture-là, on ne sert pas, surtout pas quelqu'un de son ethnicité (GD2-250 Monique, ASSS).

Une autre auxiliaire montre que la relation qu'elle a pu établir avec une cliente d'origine haïtienne repose sur le fait qu'elle est de couleur blanche et d'une origine différente:

J'ai une cliente noire, qui me dit qu'elle accepte mon service parce que je suis blanche. Elle a dans l'idée qu'une personne noire qui va donner le service va se sentir inférieure, ce qu'elle ne ressent pas avec moi. Le lien que j'ai avec cette cliente est beaucoup plus profond que l'appartenance à une culture quelconque, mais elle m'explique que le lien est plus profond justement parce que je suis blanche. Elle me dit: «J'aime cent fois plus que ce soit toi qu'une noire, que ce soit une Haïtienne ou n'importe qui, parce que je sens que je la dérange. Je sens qu'elle se sent inférieure à moi (GD2-236, Anne-Marie, ASSS).

D'autres intervenants ne se serviront pas de leur appartenance ethnique ou religieuse commune pour créer un lien avec les clients puisque celle-ci peut être un **obstacle à la bonne entente** :

J'ai eu un couple d'Égyptiens à qui je n'ai jamais parlé de mes origines et j'ai bien fait parce que, avec le temps, j'ai découvert qu'ils avaient quitté l'Égypte

quand il y a eu une recrudescence du peuple musulman. Ils se sont mis à me raconter qu'ils ne voyaient pas les musulmans d'un bon œil¹³⁴» (GD3-191 Graciella, ASSS).

Il leur arrivera de **dissimuler**, de façon volontaire, **leur origine ethnique, certaines appartenances** ou leur **habileté à parler la langue maternelle** des clients pour obtenir des informations ou créer une relation sur d'autres bases, ce qui montre la possibilité de jouer avec les facettes identitaires:

On avait peur pour un couple et il y avait le fils qui rendait les choses compliquées. Tout le monde de l'équipe disait que c'était l'homme qui menait le «show». Moi, je comprenais la langue et je leur disais : «Non! C'est elle qui mène le bateau dans la maison!» Mais les clients, ils n'ont jamais su que je parlais arabe. Je ne leur ai jamais dit parce que c'était un avantage de comprendre les discussions qu'ils avaient entre eux sans qu'ils sachent que je les comprenais. Je pouvais voir que ce qu'ils nous disaient, ce n'était pas toujours vrai. Des fois, on devient des petits inspecteurs Clouseau. Ces gens, ils m'adoraient parce que je donnais le bain selon leur coutume. Ils me disaient à quel point ils appréciaient que je connaisse leur façon de faire. Alors, je me suis servie du bain comme arme pour négocier. Pas du fait que je parlais la même langue qu'eux (GD3-174 Graciella, ASSS).

L'identité de genre et l'identité ethnique des intervenants auront parfois une influence sur les relations qu'ils entretiendront avec leurs clients :

Je clique beaucoup plus avec les femmes, en tant que femme. Beaucoup plus qu'avec les hommes. C'est probablement relié à mon origine ethnique à moi. Parce que nous, dans notre ethnie, on dit tellement que la femme a une place et les hommes, une autre place. La seule chose que l'on partage, c'est d'être

¹³⁴ La suite de son commentaire nous montre l'influence que peuvent avoir certains a priori sur l'intervention et sur la façon de créer la relation : «Et un bon jour, une bénévole arrive, voilée! Il s'entendait à merveille avec elle! C'est elle qui leur servait le repas en plus. Et la dame, elle était maniaque, elle ne voulait pas prendre de nourriture de personne» (GD3-191 Graciella, ASSS).

mari et femme, en termes de relations conjugales et c'est tout. C'est sûr que ça joue dans mes façons d'intervenir parce que ce que je développe comme relation avec les femmes, ce n'est pas du tout la même chose qu'avec les hommes (EI-A)-38 My, inf.).

Le contexte de l'intervention, qui favorise le développement d'un «lien autre que professionnel avec le client» (Mc All , Tremblay et LeGoff, 1997, p. 67), permet aux intervenants d'utiliser des facettes de leur propre identité ethnoculturelle pour créer des ponts entre eux et leurs clients issus d'origines différentes. Ce sont notamment les intervenants qui ont connu l'expérience migratoire qui nous ont fait part de cette dimension. Certains diront échanger (**dons et contre-dons de nature relationnelle**), avec les clients, des éléments de leurs cultures respectives, ce qu'ils considèrent comme un enrichissement mutuel :

On rentre chez la personne avec notre culture, nos croyances et nos valeurs, comme professionnelle, mais comme personne aussi. Le but, c'est de voir comment, par l'échange, on peut arriver pour faire avec nos deux cultures. On parle des mets, on parle des fêtes. Mes clients m'expliquent comment ça fonctionne dans leur culture et je leur explique comment ça fonctionne ici, ou en Haïti où je suis née. Des fois je leur dis: «Chez moi, telle plaie, on pourrait guérir ça comme ça». On s'échange des trucs de grand-mère. En plus, on traverse de culture en culture. On va essayer chez le Grec ce que le Juif t'a dit, chez l'Arabe ce que l'Hindou t'a dit. Je finis par apprendre beaucoup de choses, c'est enrichissant pour nous comme personne, mais pour nous comme intervenant aussi (GD2-206 Windy, Inf.).

5.1.6 Travailler dans un contexte pluriethnique, si facile que ça?

5.1.6.1 Quand la culture et la structure s'entremêlent

Bien que les intervenants reconnaissent que la rencontre avec des clients d'origine immigrante n'est souvent pas problématique en soi, malgré la présence de particularités, ils avouent qu'ils rencontrent des situations qui sont plus difficiles que d'autres, notamment quand des **facteurs d'ordre culturel et structurel**, s'amalgament, révélant de ce fait la complexité des problèmes auxquels ils font parfois face.

Nous avons retenu trois cas problématiques qui montrent la complexité de certaines situations :

Situation 1 :

J'ai eu à intervenir, pendant quatre ans, pour un couple d'Égyptiens parrainés (statut migratoire) par un de leur fils. L'homme et la femme souffraient tous les deux de perte cognitive (états de santé mentaux précaires chez les deux clients). Lui, il souffrait aussi de dépression (état de santé mental précaire de l'aidant). Elle, elle était presque aveugle et elle avait de gros problèmes physiques (état de santé physique précaire chez la cliente). Pour les standards des CLSC, la situation était devenue inadéquate : ils souffraient tous les deux d'anémie, ils sont tombés, le monsieur se perdait quand il sortait seul, il était dangereux pour lui et pour les autres, etc. (état des clients dépassant les normes du CLSC). Ses enfants refusaient qu'on les place et eux aussi refusaient (famille et client refusent le placement). On appelait les enfants presque tous les jours (augmentation de la charge de travail). Le monsieur s'exprimait très bien en anglais, mais sa femme pas du tout (barrière linguistique avec la cliente), et ça ne servait à rien d'y aller avec un interprète pour lui parler parce que le mari refusait, il contrôlait tout et il était dur avec sa femme (autorité du mari, rapports hommes-femmes). Il répondait pour elle et elle ne pouvait rien dire. Avec ce couple, c'est au

niveau des idées qu'il y avait le plus de différences (**barrière culturelle**). Ils étaient très religieux (**influence de la religion**). A cause de leur religion, ils faisaient des jeun très sévères (**pratiques religieuses nuisibles à la santé**). Ils me mettaient de côté en me disant qu'ils s'en remettaient à Dieu, que c'était lui qui décidait pour eux (**suprématie de Dieu au détriment de l'intervenante**). C'était leur argument fort. En plus, j'ai dû être le tampon entre les auxiliaires, la famille et les clients parce qu'on avait des auxiliaires d'origine québécoise qui n'étaient pas capables d'interpréter des valeurs différentes. J'ai dû pallier leur manque de connaissance, parce qu'on ne serait pas allé nulle part (**Augmentation de la charge de travail pour sensibiliser les autres intervenants à la dimension culturelle dans cette intervention**). J'ai dû intervenir très profondément pour changer leur vie. C'était un long chemin. Ça m'a pris trois ans pour y arriver (**Temps additionnel pour assurer la réussite du plan d'intervention**). Le monsieur est placé depuis huit mois (Martha, TS).

Situation 2 :

Je suis un homme musulman depuis quatre ans. Il est originaire du Pakistan et il a beaucoup d'argent. Il a des pertes de mémoire, fait du diabète et souffre de sclérose artérielle (**état de santé physique et mental précaire**). Il vit seul (**absence d'aidant au domicile**) dans une chambre insalubre (**insalubrité du logement**) avec un lit, un divan et une cuisinette. L'édifice est très mal entretenu, punaises et tout et on attend le placement (**attente de placement**). Dans ce cas-là, il y a un problème de valeurs à cause des changements que l'on souhaite apporter (**problème de valeurs + résistances au changement**). Le monsieur a vraiment peur du placement (**peur du placement**). Il a peur de manger du porc (**restriction alimentaire reliée à la religion**). Je l'ai rassuré quand je lui ai dit que le centre avait été averti qu'il ne mangeait pas de porc et qu'on ne lui en donnerait pas. Il est fermé avec les intervenants (**attitude fermée avec les intervenants**) et ne veut pas parler de certaines choses (**refus de fournir certaines informations**). C'est un monsieur très aimable, mais il est têtu dans sa façon de vivre et il fait du déni (**déni**). Par exemple, il ne veut pas que l'on contrôle sa médication, mais on sait qu'il ne la prend pas comme il faut. On fait donc une visite par jour pour voir s'il a bien pris sa médication et une visite par jour pour lui donner son insuline (**déploiement massif de services**). En plus, il faut gérer la livraison par la pharmacie parce qu'elle ne livre pas le week-end (**augmentation de la charge de travail**). Un

de ses fils téléphone à toutes les semaines (**pression provenant de la famille**). Il est très directif avec nous (**attitude directive de la famille**). Ça tourne toujours mal, on se chicane avec lui, même si on a pris des heures et des heures pour essayer de se comprendre (**mauvaise relation avec la famille**). Le fils nous dit qu'il amène un repas tous les jours à son père. Il nous dit qu'il fait beaucoup de choses pour son père, qu'il ne peut pas faire plus (**degré d'implication de la famille**). Dans ce cas, ce n'est pas juste un problème de communication avec la famille et avec le père, c'est que le père est toujours en charge de sa famille (**rôle du père dans la famille**). Et quand les parents perdent leurs capacités, c'est difficile d'accepter pour la famille (**acceptation difficile pour la famille**). Le fils nous dit qu'il ne peut pas insister pour son père. Et moi, je dois lui dire qu'on a nos limites (**limites des ressources disponibles**), qu'on ne peut pas tout faire pour lui. Je n'ai donc pas vraiment de problèmes avec mes interventions, j'ai surtout des problèmes avec le fils (**problèmes relationnels avec le fils**). Et même si j'essaie de communiquer avec lui et de lui donner le plus d'informations possible, il me répond qu'il connaît son père mieux que moi et je vois bien que c'est lui qui décide (**impuissance de l'intervenante malgré plusieurs tentatives**). En plus, j'ai une bonne relation avec le père, il me voit comme une amie et il voit les autres intervenants comme de la visite qui vient le voir (**vision de la relation erronée chez le client**). Il ne comprend pas mon rôle de TS (**incompréhension, chez le client, du rôle de l'intervenante**). Mais dès que vient la question des finances, ou d'un déménagement possible, ou quand je lui parle des risques pour sa santé s'il ne soigne pas son diabète bref, quand je lui parle des choses importantes, il me dit : «Ne touchez pas à ça, je peux m'arranger» (**refus de collaboration du client**) (Mariette, TS).

Situation 3 :

On a reçu une demande de l'hôpital pour aller chez une dame âgée de 70 ans qui vit avec son mari. Ils n'ont pas d'enfant ici (**absence de famille**). Ils sont unilingues punjabi. Impossible de se comprendre sans interprète (**barrière linguistique importante, obligation de travailler avec interprète**). Ils sont ici ça ne fait pas longtemps (**immigration récente**) et ils vivent dans des conditions très précaires (**condition socio-économique précaire**). Intégration ici, zéro (**aucune intégration à la société d'accueil**). Les deux souffrent de perte cognitive (**états de santé mentale précaires chez les deux conjoints**). Elle, elle souffre de diabète (**état de santé physique précaire de la cliente**),

*c'est pour ça qu'elle s'est retrouvée à l'hôpital. Le mari a refusé l'hébergement (**refus d'hébergement**), donc ils ont décidé de la retourner chez elle. Nous, on reçoit la demande, et on dit que ça prend un interprète avant qu'elle sorte de l'hôpital, pour l'enseignement de l'insuline et tout. C'est une fondation qui a payé l'interprète, l'hôpital refusait de payer (**refus de l'hôpital de payer un interprète**). Bref, on a fini par accepter l'aide à domicile pour soins d'hygiène. Le mari ne semblait pas trop comprendre tout ce qui se passait autour de tout ça (**incompréhension du conjoint relativement aux services fournis**). On implique une infirmière, une ergothérapeute, d'autres personnes du CLSC (**mise en place de plusieurs ressources**). Première visite, l'infirmière retourne avec la même interprète et va vérifier si les médicaments pour le diabète ont été achetés, va voir de quoi ça a l'air à domicile pour se rendre compte que les médicaments n'ont pas été achetés (**non-respect de la prescription**) et découvre que la dame reçoit des injections d'insuline qui viennent de l'Inde (**prise de médicaments provenant de l'Inde, information non fournie**). L'hôpital croyait avoir découvert que madame faisait du diabète. On décide d'y aller à tous les jours parce que ça n'a pas de bon sens (**mise en place de ressources additionnelles en raison de la gravité du cas**). Deux jours après, l'insuline est très haute, on la renvoie à l'hôpital en mentionnant : «ne pas sortir madame sans nous en avertir». Ce qu'ils n'ont pas fait d'ailleurs. Les cas comme ça, ils nous les renvoient (**forme de racisme institutionnel**). Pendant cette fin de semaine-là, des auxiliaires d'agence sont allés pour le soin d'hygiène, elle était à l'hôpital, c'est le monsieur qu'ils ont lavé! (**Mise en cause du professionnalisme chez le personnel d'agence**) Et lui, il n'a pas réagi. Il y a des cas comme ça où les situations n'ont pas de bon sens. Et nous on fait ce qu'on peut. Le problème, ce n'est pas la relation dans ce cas-là, les gens sont très gentils avec nous. C'est un manque de communication entre tout le monde, la cliente, son mari, l'interprète, l'hôpital, le CLSC, l'agence privée, dans un cas qui demande beaucoup de services (EI-E)-12 Sophie, TS).*

On constate que l'intervention en contexte pluriethnique comporte son lot de complexités influencée par de nombreuses conditions structurelles et culturelles, intimement imbriquées les unes aux autres : statut migratoire, temps d'arrivée, barrières culturelles et linguistiques, réticences aux services, degré d'intégration à la société d'accueil, statut migratoire, état de santé physique et mental, conditions socio-économiques, lesquelles auront des conséquences sur la relation intervenant-client,

mais surtout sur la prestation des services : allongement de la durée de l'intervention, mise en place de plusieurs ressources, augmentation de la charge de travail).

Il importe de prendre en compte ces éléments puisque le point de vue interactionnel que nous avons adopté pourrait, si l'on ne tient pas compte de ces réalités, suggérer que les difficultés peuvent généralement être surmontées grâce au lien qui se crée avec le client au fil du temps. Or, comme McAll, Tremblay et LeGoff (1997) l'ont constaté, il existe des situations où les facteurs ethniques et culturels deviennent, pour les intervenants, des raisons qui expliquent les problèmes qui se posent dans les interventions.

Il est de plus possible de noter que des difficultés d'ordre relationnel peuvent surgir dans l'intervention. Les commentaires des intervenants nous ont permis d'identifier certaines **zones sensibles** reliées à la rencontre interculturelle, lesquelles sont **chargées d'affects** et engendrent **malaises, mécontentement, sentiments de dévalorisation, perte d'énergie et désinvestissement relationnel** chez les professionnels.

5.1.6.2 Zones sensibles et limites dans l'intervention

Les intervenants ont été nombreux à mentionner qu'il est important de ne pas attribuer à la culture la cause de tous les problèmes lorsque l'on intervient chez les personnes âgées immigrantes: *«Quand on sent que ça nous tape sur les nerfs, ça ne veut pas dire qu'il se passe quelque chose de culturel»* (GD3-211 Martin, TS). On se rappelle que pour eux, les clients difficiles, *«ça n'a rien à voir avec la culture, ce sont les gens qui sont atteints de problèmes de santé mentale ou de problèmes de comportements»* (CAS 3-235 Monique, ASSS). C'est pourquoi ils feront d'abord

allusion à des éléments qu'ils attribuent généralement à la «culture des personnes âgées», à leur degré d'instruction, à leur statut socio-économique ou à leurs pathologies plutôt qu'à des particularités ethnoculturelles. Les questions de **réticences aux services** ou au **changement** (modification du mobilier ou changements dans l'espace domiciliaire), **la fermeture des clients et de leur famille**, **leur manque de collaboration** ainsi que les **questions d'ordre monétaire** (refus de déboursier pour de l'équipement) sont perçus comme des sources d'irritation qui exigent temps, négociations et énergie.

Les personnes âgées, et ça, peu importe l'origine, elles ne veulent pas déboursier pour de l'équipement. Ou sinon, elles refusent que l'on fasse des transformations dans leur environnement. Et de se plaindre toujours qu'on n'a pas d'argent, j'ai du mal à l'accepter. Quand je vois que c'est exagéré, ça m'énerve, les gens pourraient faire un effort (Cas 6-790 Nayla, Ergo).

Certains clients auront tendance à prendre les auxiliaires pour des domestiques¹³⁵, ce qui les fait réagir fortement puisque leur identité professionnelle est remise en cause:

Ceux qui gagnent beaucoup d'argent, qui habitent à Outremont, qui sont plus aisés, eux, ils ont un problème. J'arrive et c'est comme si tu es à leur service. Après la douche, un client m'a dit : «tu vas passer la brosse sur le plancher». J'ai refusé et je lui ai dit : «Je suis venu ici pour vous donner votre douche». Et puis il m'a dit : «Mais la douche est finie». Je lui ai dit : «Si la douche est finie, je n'ai rien d'autre à faire, je retourne au CLSC». Il m'a dit : «Non, tu es ici pour une heure de temps, tu restes ici». Je lui ai dit : «Monsieur, si vous voulez que je reste avec vous pour parler un peu, ça ne me dérange pas, mais l'affaire de passer la brosse sur le plancher, oubliez ça» (GD1-114 Jean, ASSS).

¹³⁵ Les travaux de Marguerite Cognet, de Neysmith (1996) et ceux de Neysmith et Aronson (1995) abordent cette dimension.

Ces résistances touchent particulièrement l'**identité professionnelle** des intervenants puisqu'elles mettent en relief un décalage entre les **scénarios attendus** et les **scénarios reçus** tels que présentés par Hohl et Cohen-Emerique (1999) qui affirment que: « [...] toute atteinte aux modèles professionnels, toute non-reconnaissance de ceux-ci par le fait qu'un scénario ne se déroule pas de la façon attendue selon les critères de l'expertise menace l'identité professionnelle, celle-ci intégrant aussi la pression des contraintes institutionnelles» (Hohl et Cohen-Emerique, 1999, p. 121).

Les nombreux travaux qui ont mis en évidence les difficultés de la rencontre interculturelle mentionnent l'existence de différences reliées à des valeurs, des attitudes, des normes et de modèles sociaux qui engendrent des malentendus et des incompréhensions pouvant mener à des tensions interpersonnelles, à des conflits et à l'échec de l'action professionnelle (Hohl et Cohen-Emerique, 1999, p. 106). Ces difficultés qui surgissent, sont décrites par Cohen-Emerique (1991-1993) comme des zones sensibles qui touchent les individus en interaction au cœur de leurs identités sociales et personnelles :

On est loin [...] de la simple explication par des incompréhensions liées à des différences culturelles [...] Il s'agit d'un «affrontement» avec des archaïsmes, c'est-à-dire des modes d'identification périmés, rejetés, éveillant de l'angoisse et nous faisant voir l'autre, dans ses conduites et dans ses rôles, comme l'antimodèle de ce que la modernité nous a fait acquérir et, de façon plus spécifique, l'antimodèle de tout ce qui fonde l'expertise professionnelle. Tout se passe comme s'il y avait danger de retour en arrière, menace de perte des acquis du monde moderne, non encore stabilisé (Hohl et Cohen-Emerique, 1999, p. 116 et 120).

Certaines zones sensibles, mentionnées par les intervenants, sont reliées aux «**idéologies égalitaristes**» (Hohl et Cohen-Emerique, 1999, p. 120) telles que véhiculées, d'une part, par les cultures professionnelles (**rapports professionnels-**

clients fondés sur le postulat du dialogue ouvert et transparent) : *«Il y en a qui ne veulent pas collaborer, qui font preuve de réserve et qui refusent de nous donner de l'information»* (Martha, TS). Comme l'indiquent Hohl et Cohen-Emerique (1999) : «Ce modèle postule une circularité de l'échange, une transparence qui ne laisse pas de place au secret, une spontanéité reposant sur une supposée volonté de chaque sujet de s'affirmer et d'être écouté. Enfin une égalité dans les rapports sociaux annulant les différences de statut» (p. 118). Et telles que véhiculées, d'autre part, par la société québécoise (**rapports hommes-femmes, rapports interethniques**). Ce sont ici **les identités professionnelles, personnelles, sociales, ethniques et citoyennes** qui se trouvent interpellées, voire même parfois menacées. Le **racisme** ou l'**intolérance** avoués de certains clients envers le personnel, les **relations hommes-femmes** ainsi que les **questions reliées à la langue** sont les dimensions que nous avons identifiées comme étant les plus à risque de créer des tensions entre les intervenants et leurs clients.

Les **différentes façons de concevoir le respect et les rapports homme-femme** sont une source de tension notamment relevée par les intervenants de sexe masculin, particulièrement sensibles aux attitudes de certains maris envers leurs épouses : *«Quand je vois le mari traiter sa femme comme une esclave, je n'y peux rien, ça vient me chercher. Ça m'arrive de leur dire que ça me fâche. J'ai des limites dans mon acceptation de la différence»* (GD1-238 I-4 Jacques, TS).

Les intervenants réagiront aussi aux demandes des clients qui souhaitent un **changement de personnel** en raison de certains **attributs physiques (phénotypes) ou linguistiques**. Ils refuseront d'accéder à ce genre de requête :

Je n'embarque pas quand un client refuse les soins ou les services parce que la personne n'est pas de la bonne couleur ou parce qu'il n'aime pas son

accent. Nous les intervenants, on n'y pense pas à ces affaires-là. Et là, tu arrives chez ton client qui te dit du coin de la table, comme une confidence, de ne plus jamais lui envoyer tel auxiliaire parce qu'il n'est pas d'une origine qui lui plaît. On n'a pas fini d'avoir des problèmes de ressources si on embarque là-dedans. La question d'accommodements raisonnables, c'est des deux côtés que ça se passe. Une personne qui veut uniquement faire sa difficile et qui a des préjugés gratuits, ça n'expliquera pas un changement de personnel (GD3-339 Jean-Pierre, Inf.).

Même si ces pratiques ne sont pas généralisées, les intervenants mentionnent que les CLSC tenteront parfois d'adapter leur services aux désirs des clients et ce, même quand la demande peut sembler injustifiée, notamment lorsqu'il est question d'un changement d'intervenant en raison de la couleur de sa peau: *«Ce n'est officiellement pas accepté au CLSC, mais la demande est là. Et il y a toujours eu un historique, jusqu'à récemment en tout cas, d'adapter les services aux demandes, dans la mesure du possible. Quand le refus du client est total, des fois, le CLSC envoie quelqu'un d'autre» (GD3-339 Jean-Pierre, Inf.).*

Les intervenants reçoivent aussi des demandes concernant **le genre du personnel**. Bien qu'ils comprennent les motifs de ces requêtes, ces demandes d'accommodement touchent à une corde sensible, celle de leur propre ouverture par rapport à la fermeture de certains clients :

*Souvent, on me demande de ne pas envoyer d'hommes ou de ne pas envoyer de femmes pour certains services. On voit ça surtout chez les Juifs et les Musulmans. Je vois tout le monde égal et même si je sais que ce n'est pas tout le monde qui est comme ça, leur intolérance vient me chercher (**sensibilité à l'«intolérance» des clients**). Quand on peut, on le fait, mais on manque de personnel et en plus et ça complique les horaires (**manque de personnel, complication du travail**). Les gens, il me semble qu'ils pourraient faire un effort. On leur offre un service, on n'est pas à leur service» (GD1-367 Jacques, TS).*

Ces attitudes des clients ne correspondent pas au scénario attendu des intervenants concernant leur «construction imaginaire de [la relation avec] l'autre» (Hohl et Cohen-Emerique, 1999, p. 114), laquelle repose sur la volonté de rendre le client plus proche d'eux en passant par la recherche d'affinités, l'ouverture, le respect et la reconnaissance des différences mais aussi des ressemblances.

Nous avons pu identifier une zone de grande sensibilité pour les intervenants, laquelle est reliée à l'**incapacité des clients de s'exprimer en français** notamment, **ou dans l'une des deux langues officielles reconnues au Canada**, surtout lorsque ces personnes sont installées au Québec depuis plusieurs années. Notons que les intervenants québécois qui sont issus de l'immigration sont aussi sensibles à cette question que les intervenants d'origine canadienne-française.

Le commentaire d'une intervenante québécoise d'origine vietnamienne nous montre sa perception de l'importance de parler français au Québec puisque la langue y est perçue comme une donnée identitaire : *«Ça vient chercher une corde sensible. Ça fait partie de votre histoire où vous vous sentez menacés de perdre votre langue, votre identité francophone. Au Québec, quelqu'un qui apprend le français, c'est une marque de respect pour les Québécois»* (EI-A)-128 My, Inf.).

Un immigrant qui n'est pas en mesure de s'exprimer en anglais ou en français (**ne pas parler ni anglais, ni français**) est, pour certains intervenants, quelqu'un qui n'a pas «fait d'effort» pour s'intégrer à la société québécoise. Plusieurs d'entre eux se disent agacés par l'impossibilité de ces clients de s'exprimer en français (**ne pas parler français**) : *«Ils sont venus vivre au Québec. S'il y a une chose importante ici, c'est de parler français, c'est un signe de respect pour les Québécois. C'est un «must» pour moi. Pourquoi tu es venu d'abord?»* (GD1 Luis, ASSS). Létourneau (2002) parlera à cet effet de l'existence d'une frontière symbolique :

[...] entre ceux qui parlent... l'identité et ceux qui peuvent difficilement la parler, ne le peuvent ou ne le veulent pas [...] Dans le français parlé par l'«autre», il n'y a pas que des mots qui sont prononcés. Il y a aussi une identité qui est confirmée, une appartenance qui est endossée, une expérience qui est partagée et un projet qui est accueilli, ou il y a tout cela qui est désactivé, refusé, méprisé, dénié (p. 101).

D'autres intervenants mentionneront cependant les conditions socio-historiques, les conditions migratoires et les difficultés d'insertion qui ont pu être vécues par les immigrants, notamment les femmes, pour expliquer l'impossibilité des clients de s'exprimer en anglais ou en français.

La **rencontre entre francophones et anglophones** demeure toutefois une zone très sensible chez les intervenants québécois d'origine canadienne-française. Ceux-ci reconnaissent la **dimension culturelle du phénomène**, admettant de ce fait, qu'«au Québec, la langue française n'est pas que véhiculaire» (Létourneau, 2002, p. 80). Ces tensions rappellent que la question des «deux solitudes» est encore d'actualité :

Depuis que je suis au CLSC, les problèmes que j'ai eus au niveau culturel, c'est surtout relié à la langue. Quand je dis la langue, je ne parle pas de barrière linguistique, je ne parle pas d'immigrants, je veux dire français-anglais. Un patient anglophone qui est intolérant parce que je suis né francophone, ça m'énerve. Et ce n'est pas rare (GD1-215 Jacques, TS).

Comme l'affirme Létourneau (2002) : «S'interroger sur le "problème" de la langue française au Québec, c'est d'abord et avant tout se poser la question de l'identité québécoise» (p. 80). La réaction affective est d'ailleurs très forte chez les intervenants lorsqu'ils abordent la question des relations entre anglophones et francophones. Certains intervenants mentionneront qu'un manque de respect envers leur origine canadienne-française aura un effet sur la relation qui s'établira avec le client ou avec la famille:

Je suis allé chez un client pour un soin et sa femme, c'était une vieille British qui n'a jamais appris un mot de français. Je me présente, elle ne retient pas mon nom, elle ne peut ou ne veut pas le prononcer non plus. Tu vois, dès que tu entres dans la maison, que déjà ça accroche parce que tu ne t'appelles pas Mike. Ça se sent. Et j'arrive dans la pièce avec le mari et elle lui dit: «This is your nurse» et elle me dit en anglais: «What is your name again?» Je lui redis et elle me répond: «Whatever your name... do what you have to do». On s'entend que ce n'est pas super pour l'atmosphère. Ça te gèle pas mal mettons. Le travail se fait, mais tu as hâte de partir (GD3-217 Jean-Pierre, inf.).

Cette diététiste soulève l'impact du lieu de l'intervention (**espace de rencontre privé plutôt qu'espace public**) pour expliquer la réaction de certains clients anglophone qui lui reprochent son fort accent lorsqu'elle s'exprime en anglais :

Dans la rue, presque tout le monde a un accent et ça ne prend pas l'importance que ça a à domicile. Mais là, on n'est pas dans la rue, on est chez les gens dans leur environnement. Ils sont isolés dans leur petit bol et là, on arrive dans leur bulle. Ils sont déjà sur la défensive donc, plus irritables. Ils cherchent un clou sur lequel frapper et la langue française, c'en est un pour les anglophones (GD3-236 Carmen, Diététiste).

Certaines personnes âgées auront aussi une réaction négative lorsque la **langue maternelle de l'intervenant n'est pas le français, ni l'anglais**. Ils iront jusqu'à demander un changement de personnel. Ces réactions des clients auront un impact sur la relation que les intervenants établiront avec eux puisqu'ils délaisseront la dimension relationnelle pour se concentrer sur la part technique de leur travail: «*Pour mettre les choses au clair, ça m'est déjà arrivé de dire: "Monsieur, je ne viens pas ici pour parler, je viens pour autre chose"*» (GD3-231 Marco, ASSS).

La présence de zones sensibles et les effets qu'elles entraînent n'empêcheront pas les intervenants d'effectuer leur travail prescrit, mais elle viendra mettre en relief la

difficulté des rapports interethniques dans certaines situations de travail, lesquels se traduisent par un repli sur le pôle technique de l'activité et un retrait du pôle relationnel. On peut ainsi affirmer, à l'instar d'Abdallah-Pretceille (1999a), que «le dysfonctionnement culturel se caractérise, par rapport au malentendu, par une rupture relationnelle. Ce n'est pas seulement l'échange qui est perturbé mais surtout, et essentiellement, la nature de la relation» (p. 8).

Il arrivera donc aux intervenants de subir «dans le microcosme des soins à domicile» des tensions qui sont liées «aux différences de race, de sexe et de classe sociale qui traversent l'ensemble de la société» (Neysmith, 1996, p. 145), venant ainsi montrer toute la complexité du contact interculturel en situation d'intervention puisque certaines de ces difficultés touchent les individus au cœur de leurs identités, tant personnelles que sociales (Hohl et Cohen-Emerique, 1999, p. 120).

5.1.7 Au-delà des difficultés, des intervenants culturellement sensibles

Les propos des intervenants nous montrent qu'ils ont développé une «sensibilité culturelle» (*cultural awareness*) qui peut se définir comme étant «la conscience de la culture de l'autre et de la sienne» (Green, 1982, cité dans Roy, 2000, p. 133). Plusieurs d'entre eux ont, sans avoir reçu de formation interculturelle, amorcé une réflexion sur les réactions vécues en cas de malaise : «*Si ça nous dérange, c'est que ça vient chercher quelque chose chez nous. Il faut se demander où ça vient nous chercher et pourquoi*» (Carole, diététiste); ou «*Je pense que c'est nous qui faisons nos propres ségrégations. C'est vraiment comment on est et comment on réagit vis-à-vis des autres. Et ça, ça vaut autant pour l'intervenant, peu importe sa profession que pour le client, peu importe son origine*» (GD2-236, Anne-Marie, ASSS); ou «*Quand certaines choses m'agacent, je me dis que c'est peut-être une façon que j'ai moi de*

penser et que je ne comprends pas pourquoi eux ils ne vont pas penser comme ça» (Cas 6-790, Nayla, ergo). Ils rappelleront aussi que la culture *«ce n'est pas nécessairement quelque chose qui vient d'ailleurs»* et que *«ce n'est pas juste l'affaire d'être immigrant et d'avoir des pratiques différentes culturellement»* (GD3-211 Martin, TS).

5.1.8 Le temps et la relation, pour outrepasser la plupart des difficultés

Malgré certaines zones d'incompréhension, la présence fréquente de la barrière linguistique, des rencontres souvent plus longues, un déploiement d'énergie plus grand pour créer la confiance et faire accepter les services, le soutien à domicile en milieu pluriethnique demeure, pour les intervenants, un milieu de travail qui se veut riche au niveau relationnel et qui leur permet, entre autres, *«d'entrer et de vivre dans les cultures»* (GD1-202 Odette, ASSS.), *«d'apprendre des langues sans les apprendre»* (GD2-286 Monique, ASSS), de *«voyager sans voyager»* (Mariette, TS); *«d'échanger des connaissances, des remèdes de partout dans le monde»* (Windy, inf.) et *«de vivre l'histoire d'Europe, du Québec et du monde avec ceux qui l'ont vécue»* (Luis, ASSS).

Quant aux difficultés rencontrées, les intervenants mentionnent que le temps dont ils disposent avec leurs clients pour bâtir la relation et établir un lien fait en sorte qu'ils ont l'opportunité de briser la plupart des résistances et d'en arriver à une intercompréhension. Comme l'indique cette infirmière d'origine haïtienne, la possibilité de faire connaissance avec les clients lui permet d'outrepasser les réticences que peuvent avoir certaines personnes à accepter sa venue en raison de la couleur de sa peau:

Ça arrive qu'au départ, il y a des clients plus réticents qui me disent, entre parenthèses, qu'ils sont racistes. Je n'en ai jamais fait de cas parce que je me dis qu'ils me reçoivent, comme je suis, avec ma couleur, ma culture, ma personnalité et qu'ils vont finir par oublier ce détail au bout de quelques rencontres. Une fois qu'ils me connaissent, ils n'y font plus jamais allusion. On va au-delà de ça. On est des humains avec des humains et peu importe la couleur, l'origine, la langue, c'est ça qui est beau en soutien à domicile: On passe par-dessus parce qu'on apprend à se connaître et à se comprendre avec le temps. Le secret, il est là (GD2-202 Windy, Inf.).

On voit, une fois de plus que le temps, si précieux pour les intervenants, est un des atouts majeurs du travail en soutien à domicile.

5.1.9 Retour sur les entretiens, analyse et discussion

Nos résultats montrent que le travail en soutien à domicile ne peut être uniquement abordé en termes de tâches fixes à accomplir puisque **l'approche personnalisée des services** dépend fortement d'une adaptation inhérente à chaque individu, à chaque cas, ainsi qu'à chaque rencontre ponctuelle. Ils révèlent aussi que la **dimension relationnelle** est un élément fondamental de l'intervention puisque c'est l'élaboration de la relation ainsi que la création d'un lien de confiance qui, dans la majorité des cas, permet la mise en place et le maintien des services auprès de la clientèle âgée, que celle-ci soit immigrante ou non.

Nous avons vu que le **lieu de l'intervention** influence le rapport de place qui s'établit entre les intervenants et les clients tout comme il transforme les intentions de communication et l'utilisation du langage. Comme l'ont remarqué McAll et ses collègues (1997) qui ont étudié l'intervention en contexte pluriethnique en CLSC et notamment, à domicile: «[...] Client, intervenant [et aidant] complices arrivent à remodeler l'intervention, à lui injecter un contenu social et, par la même occasion, à

communiquer entre eux sur d'autres bases que celles qui sont possibles au bureau ou à la clinique» (p. 108).

Nous avons relevé que des **facteurs d'ordre temporels** tels la fréquence, la durée des visites ainsi que la durée de la relation sont des conditions qui favorisent la mise en place d'une relation de proximité, laquelle outrepassa la relation strictement professionnelle qui serait uniquement axée sur la tâche technique à accomplir. La rencontre en soutien à domicile s'inscrit aussi, pour les intervenants, dans une temporalité qui se doit de respecter la vie quotidienne, les rythmes corporels et émotionnels des clients. Le temps accordé devient, pour les intervenants, une spécificité du travail en SAD et se présente, de ce fait, comme une «condition de la qualité de l'intervention et de la relation elle-même» (Gagnon et Saillant, 2000, p. 91). L'espace alloué à la «conversation» concède une place essentielle à la communication – analogique ou digitale –, vue comme un besoin, une porte d'entrée, un outil, une condition, un détour, une stratégie, qui existe grâce au temps que l'on peut prendre avec le client. Ce temps, décrit par Gagnon et Saillant (2000) comme un «temps donné», intégré à la tâche réelle, mais qui la dépasse aussi puisqu'il «permet le rapprochement vers l'autre, vers son identité, mettant du coup en veilleuse la distance que l'on aménage» (p. 101).

La **continuité de la relation** dans le temps, incluant ici la **régularité du personnel**, est une autre condition qui permet l'élaboration et le maintien du lien tout comme elle favorise le bon fonctionnement des services. L'importance accordée au **collectif de travail**, ainsi que le **rôle fondamental joué par les des auxiliaires** découlent de ces éléments puisque des visites régulières permettent de suivre l'évolution de l'état de santé physique et mental du client tout en assurant un suivi avec les autres membres de l'équipe impliqués dans le dossier.

Nos résultats ont aussi révélé la part de la **souffrance au travail** (Dejours, 2001) vécue par les intervenants qui affirment se retrouver pris entre les injonctions de l'organisation, de plus en plus axée sur le rendement et la productivité, et les spécificités de leur travail réel qui repose sur l'importance de la relation avec les clients et la primauté accordée au temps dont ils disposent avec eux. Leurs identités professionnelles s'en trouvent affectées puisque l'efficacité de leur travail, le mandat dont ils se sentent investis, la reconnaissance ainsi que la satisfaction qu'ils retirent de leur occupation reposent, en grande partie, sur ces éléments qui ne sont pas reconnus par l'organisation. Cette non-reconnaissance du travail réel engendre, chez les intervenants, «plaintes sur le travail empêché et perte de sens de l'action» (Gaulejac, 2011, p. 177).

Quant à clientèle qu'ils desservent, c'est d'abord en termes de **diversité** de pathologies, de diversités de statuts socio-économiques, de degrés d'éducation et de particularités territoriales que les intervenants nous l'ont décrite. La réalité et les conditions des personnes âgées d'immigration récente sont ressorties comme étant des éléments qui compliquent la pratique. Les conditions structurelles sont d'ailleurs relevées par les intervenants comme étant aussi importantes que les conditions culturelles lorsqu'ils définissent les caractéristiques de la clientèle âgée qu'ils rencontrent, plaçant ainsi l'ethnicité et ses effets comme des facteurs parmi d'autres. Notons que la diversité, vécue au quotidien, en raison du secteur pluriethnique dans lequel ils travaillent, ainsi que l'expérience migratoire, vécue par de nombreux intervenants qui possèdent, eux-mêmes, des appartenances ethnoculturelles diverses, donnent une couleur particulière à la pratique et transforment les rapports entretenus avec l'ethnicité et la culture.

La question de la prise en compte de la culture de chaque client est, quant à elle, décrite par les intervenants comme une des conditions de la réussite du travail en

soutien à domicile puisqu'ils considèrent qu'ils doivent respecter les valeurs, les habitudes de chaque personne, peu importe son origine. Cette dimension se révèle fondamentale puisque la reconnaissance des particularités individuelles de leurs clients «mène à la marginalisation progressive de la différence ethnoculturelle comme facteur d'identification ou d'explication» (McAll, Tremblay, LeGoff, 1999, p. 96). Bref, c'est la prise en compte de la singularité donc, de l'existence de particularités chez chaque individu, qui facilite le travail en contexte de diversité.

Ces considérations n'empêchent cependant pas les intervenants de mentionner que, dans certains cas, la présence de différences d'ordre ethnoculturel aura un effet important sur l'intervention, sur la relation et sur l'interaction. A l'instar des nombreuses études qui se sont penchées sur la question, ils reconnaissent que la langue du client ainsi que certains traits ethnoculturels agiront sur la planification des soins, sur les façons de communiquer et sur l'élaboration du lien de confiance. Ces différences – ou ces barrières – seront pour la plupart résolues par les conditions de pratique qui reposent sur le temps, la prise en compte de la culture de chaque client, l'importance d'établir une relation, la régularité ainsi que la continuité dans les services.

Les propos des intervenants ont fait ressortir l'influence, dans le travail, d'identités autres que professionnelles, un élément peu abordé dans la littérature comme le relève Cognet (2000b). Les entretiens ont pu montrer que leurs identités personnelles, sociales, incluant ici les appartenances ethnoculturelles, sont interpellées de façon particulière puisque le lieu de l'intervention, la philosophie qui sous-tend le travail en soutien à domicile, ainsi que le type de lien qui s'élabore avec les clients permet aux intervenants d'affirmer leur individualité lorsqu'ils le souhaitent. Ils utiliseront parfois des facettes de leur identité ethnoculturelle (langue, religion, pays d'origine) pour faciliter la relation, puisqu'elles se présenteront comme un élément de filiation

avec les personnes âgées qu'ils desservent. Elles seront, dans certains cas, une valeur d'échange (**don et contre-don**) avec leurs clients. Il leur arrivera cependant de dissimuler certains traits pour favoriser l'intervention ou pour ne pas créer de malaise. La présence de zones sensibles, venant révéler des zones de tension entre les intervenants et les clients, lesquelles auront une influence sur la qualité de la relation, nous aura de plus révélé la **multiplicité des identités qui sont interpellées** dans la rencontre et ce, peu importe l'origine ethnoculturelle.

Nous avons présenté, dans ce chapitre, les perceptions des intervenants concernant leur pratique, leur clientèle, l'importance de la dimension relationnelle dans leur travail, les particularités de la rencontre interculturelle et les contraintes imposées par les changements organisationnels. Le prochain chapitre présente la mise en commun de nos résultats.

CHAPITRE VI

MISE EN COMMUN DES RÉSULTATS, FAITS SAILLANTS ET DISCUSSION

Il y a peu de différence entre un homme et un autre homme, mais c'est cette différence qui fait tout.

– William James –

Nous présentons, dans ce dernier chapitre, la mise en commun des observations et des entretiens. Cette analyse combinée de nos résultats, soutenue par des références scientifiques, nous permettra de faire un retour sur nos questions de recherche, de revenir sur les dimensions abordées dans notre schéma conceptuel préliminaire et de faire ressortir les catégories qui sont apparues de façon inductive tout au long de notre cheminement interprétatif. L'exposition de ces éléments sera révélée sous forme de propositions interprétatives, laquelle sera complétée par la présentation d'un schéma interprétatif représentant l'interaction professionnelle en soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes dans un contexte de diversité, telle que nous l'avons conceptualisée.

6.1 RAPPEL DES OBJECTIFS ET DES QUESTIONS DE RECHERCHE

A l'origine de cette thèse, nous avons posé comme objectif de décrire et de comprendre les dimensions relationnelles et communicationnelles dans les activités

de travail des intervenants en santé et en services sociaux travaillant en soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes en mettant en intrigue l'élément culturel.

Nos questions de recherche étaient les suivantes :

- ❖ **Comment se vivent et comment se jouent les dimensions relationnelles et communicationnelle dans l'interaction professionnelle en soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes?**
- ❖ **Comment se vivent et comment se jouent les dimensions culturelles, ethniques et identitaires dans l'intervention en soutien à domicile auprès des personnes âgées en contexte pluriethnique?**
- ❖ **Comment interviennent les dimensions organisationnelles et institutionnelles dans cette pratique?**

6.2 RETOUR SUR LES RÉFÉRENTS INTERPRÉTATIFS DE DÉPART

Afin d'amorcer notre analyse, nous avons élaboré un schéma (figure 2.1) regroupant nos référents interprétatifs de départ, lesquels comportaient des éléments conceptuels larges qui ont donné une certaine direction à notre recherche tout en nous permettant de faire émerger les informations de notre terrain. Les notions de travail prescrit, de travail réel et de travail vécu ainsi que la part technique et relationnelles du travail ont été examinées en fonction des trois contextes que nous avons ciblés soit : le niveau institutionnel et organisationnel, le niveau immédiat de la rencontre et celui de la dynamique temporelle de la rencontre. Le point culminant de ce schéma référentiel reposait sur la mise en intrigue de l'élément culturel qui nous aura donné l'opportunité de faire émerger la part de la culture dans l'intervention, sans savoir quelle forme elle prendrait.

Rappelons simplement que nous avons, dans notre démarche de recherche, utilisé deux angles d'analyse différents qui, reliés à la démarche méthodologique (démarche ethnographique) et aux instruments de collecte que nous avons utilisés (observations in situ, entretiens post-intervention, entretiens individuels et entretiens de groupe), nous ont permis d'articuler deux niveaux qui se sont révélés complémentaires soit, celui de l'action (interaction) et celui des significations (sens). Le premier angle d'analyse nous a donné accès à l'interaction directe, voire à la situation de travail réel sous ses aspects ponctuels, dynamiques, interactifs et intersubjectifs (le faire et le dire sur le faire). Le deuxième angle nous a donné l'opportunité, d'une part, d'aborder la dimension (inter)subjective du travail, voire les éléments implicites ou non observables qui influencent la rencontre ponctuelle (le dire sur le faire). Il nous aura fourni l'occasion, d'autre part, d'aborder, de façon plus large, le sens que les intervenants du soutien à domicile accordent à leur travail auprès des personnes âgées immigrantes (le dire sur le travail en soutien à domicile en contexte pluriethnique).

Nos six observations, ainsi que les entretiens que nous avons menés auprès des intervenants et des clients suite aux rencontres, ont confirmé la pertinence de notre schéma interprétatif de départ puisque nous avons pu analyser le niveau immédiat de la rencontre en précisant la **structure** et la **nature de la relation**. Nous avons de plus fait ressortir l'interinfluence des pôles techniques et relationnels dans l'intervention, établi des nuances entre le travail prescrit et le travail réel et montré l'influence de la dynamique temporelle, en mettant en relief la durée et le temps de la relation. Du niveau institutionnel et organisationnel sont ressortis l'importance de prendre en compte l'espace de la rencontre (domicile du client), le type de service et le type d'intervenant. Les résultats qui sont ressortis de notre premier tour de piste ont montré que cette relation peut prendre différentes formes, comporter différents degrés d'implication et reposer sur certains facteurs qui varieront en fonction de six catégories qui sont les suivantes: 1- **Le type d'intervenant**; 2- **Le type de soins ou**

de services; 3 - **La durée et le temps de la relation**; 4- **La temporalité propre à la rencontre (part d'imprévu)**; 5- **La continuité de la relation** et 6- **L'influence de certains facteurs subjectifs présents chez les acteurs** laquelle comporte, notamment, les dimensions suivantes : a) les attentes de part et d'autres; b) les agendas de chacun; c) les zones de sensibilité; d) la perception des individus concernant le type de rapports qu'ils doivent entretenir entre eux, et e) les traits de personnalité des intervenants et des clients. Nos analyses nous ont permis de conclure que les rencontres les plus riches au plan relationnel ont comme dénominateurs communs le **type d'intervenant (ASSS)**, des **agendas similaires**, des **attentes semblables concernant la relation** et une **inscription dans la routine non perturbée par des données situationnelles nouvelles** ainsi qu'une **complémentarité au niveau des pôles techniques et relationnels**, qui inscrivent le rapport qui s'établit dans une **relation de service social**, telle que décrite par Bonnet (2006). Nos analyses ont de plus révélé qu'il n'existe pas un mais plusieurs **types de relations** (de service social, de prise en charge, de service technique, chaleureuse, professionnelle d'engagement de devoir moral) qui varieront en fonction des attentes des acteurs mais aussi en raison des ajustements qui seront opérés par l'un ou par l'autre pendant la rencontre. La question de la **culture, en lien avec l'ethnicité**, n'est pas ressortie de façon spécifique dans l'analyse de nos observations. Bien que celle-ci soit présente, nous ne pouvons pas la considérer comme un facteur déterminant de l'interaction. La **culture professionnelle** (variation de la relation en fonction du type d'intervenant, mandat assigné, mandat perçu), la **culture personnelle** (caractéristiques personnelles des acteurs, attentes concernant le type de relation à établir) ainsi que la **culture inhérente au soutien à domicile** (intervenir dans le milieu de vie transforme la façon d'être, de faire et d'interagir avec les clients) sont les trois dimensions à connotation culturelle qui sont le plus ressorties de l'analyse de nos observations.

Les données qui ont émergé de nos entretiens post-observations avec les intervenants et les clients nous ont donné un accès aux facteurs (inter)subjectifs qui ont un impact sur la dynamique de la rencontre (relation, communication, interaction). Nos analyses ont entre autres confirmé l'existence d'une **variabilité dans les types de relations** qui s'élaborent, laquelle se module en fonction de la nature du soin ou du service; du type d'intervenant; des attentes et objectifs de chacune des parties; de l'existence de facteurs d'ordre temporels (temps de la relation, durée de la relation, fréquence et durée des rencontres, temporalité de la rencontre/part d'imprévu) et en fonction de certaines affinités reliées à des expériences communes ou à des traits de personnalité. Des éléments émergents sont ressortis des analyses de l'examen de ces entretiens soit : l'**importance de la part relationnelle** créant une demande forte pour assurer une **continuité du personnel**; la **résistance de certains clients aux services** et l'existence importante d'une **collaboration entre les membres de l'équipe** du soutien à domicile et avec la **famille**, celle-ci étant parfois vue comme un appui, un renfort ou comme un facteur de complication.

Les entretiens individuels et les entretiens de groupe nous ont quant à eux donné l'occasion d'aborder les perceptions de différents types d'intervenants en soutien à domicile concernant leurs activités quotidiennes, révélant ainsi leur vision du travail prescrit, du travail réel et du travail vécu. Ils nous ont aussi fourni l'opportunité de pousser plus loin certaines informations issues de l'analyse de nos observations et de nos entretiens post-observation, tout comme ils nous ont fourni l'occasion de mieux comprendre les enjeux, les façons d'être, de penser et d'intervenir dans un contexte pluriethnique.

Trois dimensions ont été abordées par les intervenants lors de ces entretiens: 1- les **aspects généraux du travail en SAD** (conception du travail auprès des personnes âgées, conception de la pratique, l'utilité du travail collectif, l'importance de la part

relationnelle dans le travail); 2- **le travail dans un contexte quotidien de diversité** – plutôt que dans un contexte de pluriethnicité – (vision large de la culture; perceptions concernant la clientèle immigrante âgée; place accordée aux facteurs structurels, aux facteurs culturels et à l’ethnicité – la leur et celle de leurs clients – dans l’intervention, dans l’interaction, la communication et la relation; stratégies déployées pour répondre aux besoins de la clientèle tout en correspondant aux exigences institutionnelles et organisationnelles; présence de zones sensibles) et, de manière émergente, 3- **l’effet des changements organisationnels actuels sur leurs activités, leur bien-être et celui des clients** (désaveu du travail réel, sur-bureaucratization des services, augmentation de la charge technique du travail, diminution de la part relationnelle dans le travail, coupures dans les services et manque de personnel obligeant les organisations à faire appel au privé; tous ces facteurs entraînant une diminution de la qualité des services et une perte de sens pour les travailleurs).

Les entretiens individuels et de groupe ont fait ressortir les **aspects culturels, structurels, organisationnels et institutionnels** qui sous-tendent ce service tout comme ils ont servi à mettre en relief la dimension relationnelle de l’activité de travail, relevant de ce fait les **rôles, la nature** et les **conditions de la relation** dans ce contexte d’intervention particulier, fortement teinté par la diversité de la clientèle, par l’espace domiciliaire et le rôle accru accordé au client.

La mise en commun de nos trois instruments de collecte aura mené à l’élaboration d’un schéma synthétisant les catégories et les dimensions issues de nos référents interprétatifs de départ et des éléments qui ont émergé de notre analyse de façon inductive. Les trois catégories principales qui les regroupent (éléments de la relation, diversité dans le travail, dimension organisationnelle et institutionnelle) sont en lien étroit avec nos questions de recherche.

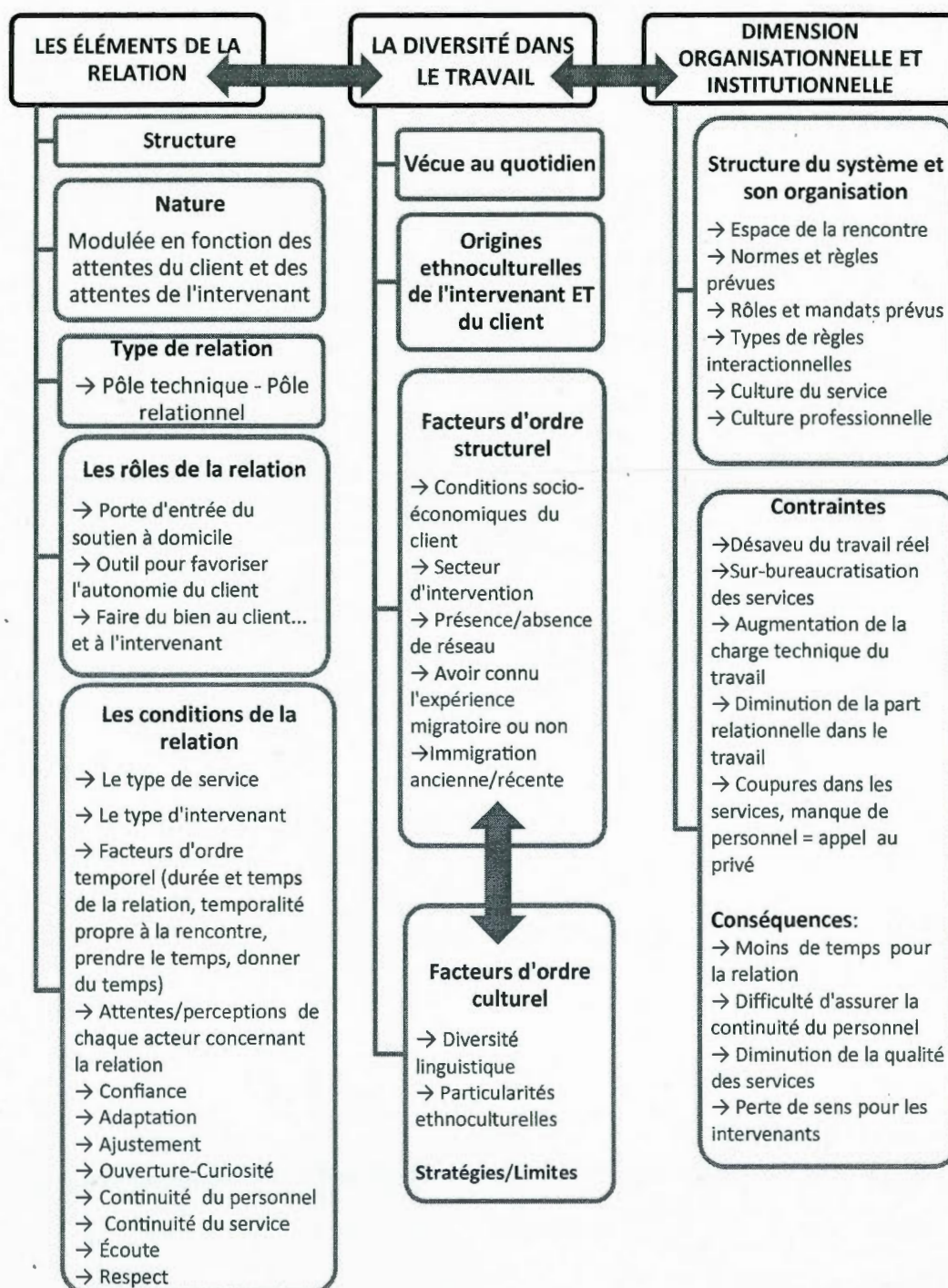


Figure 6.1 Figure synthétique de l'analyse combinée des données

6.3 PRÉSENTATION D'UN MODÈLE DE L'INTERACTION PROFESSIONNELLE EN SOUTIEN À DOMICILE EN CONTEXTE PLURIETHNIQUE

Les éléments qui ressortent de nos analyses nous permettent de proposer un modèle de l'interaction professionnelle en soutien à domicile en SAD dans un contexte pluriethnique. Nous avons, pour ce faire, repris notre schéma interprétatif de départ et y avons apporté certaines modifications liées aux résultats que nous avons obtenus.

Alors que notre modèle préliminaire se contentait de mettre en intrigue l'élément culturel, celui-ci s'est révélé un facteur de première importance puisque nos résultats illustrent l'influence déterminante des divers espaces culturels qui sont interpellés dans la rencontre. C'est pourquoi nous l'avons placé au centre, en haut de notre figure (voir Figure 6.2). Nous avons ensuite repositionné nos catégories et nos dimensions à l'intérieur de trois divisions qui sont les suivantes : 1- **Le contexte institutionnel et organisationnel** dans lequel nous avons inclus le travail prescrit, réel et vécu; les contraintes reliées aux changements organisationnels; la culture du service; le type de service; le type d'intervenant; le secteur d'intervention et la notion de diversité (structurelle et culturelle); 2- **La dynamique interactionnelle** laquelle comprend la communication interpersonnelle (incluant la communication interculturelle) et qui se décline selon le scénario global de l'échange; la structure et la nature de la relation considérées dans leur processus dynamique; les éléments (inter)subjectifs et les identités interpellées; 3- **Le lien et relation** dans lesquels sont incluses les fonctions et la nature de la relation; la part technique et la part relationnelle qui reposent sur les attentes du client et sur celle de l'intervenant et qui permettront de définir la nature du lien (proximité-distance); les conditions de la relation qui découlent de la confiance, du temps, de l'ouverture, du respect des particularités, de l'adaptation, de l'ajustement et de la continuité du personnel. Le temps étant considéré comme une condition essentielle de la relation, nous avons fait ressortir ses différentes propriétés.

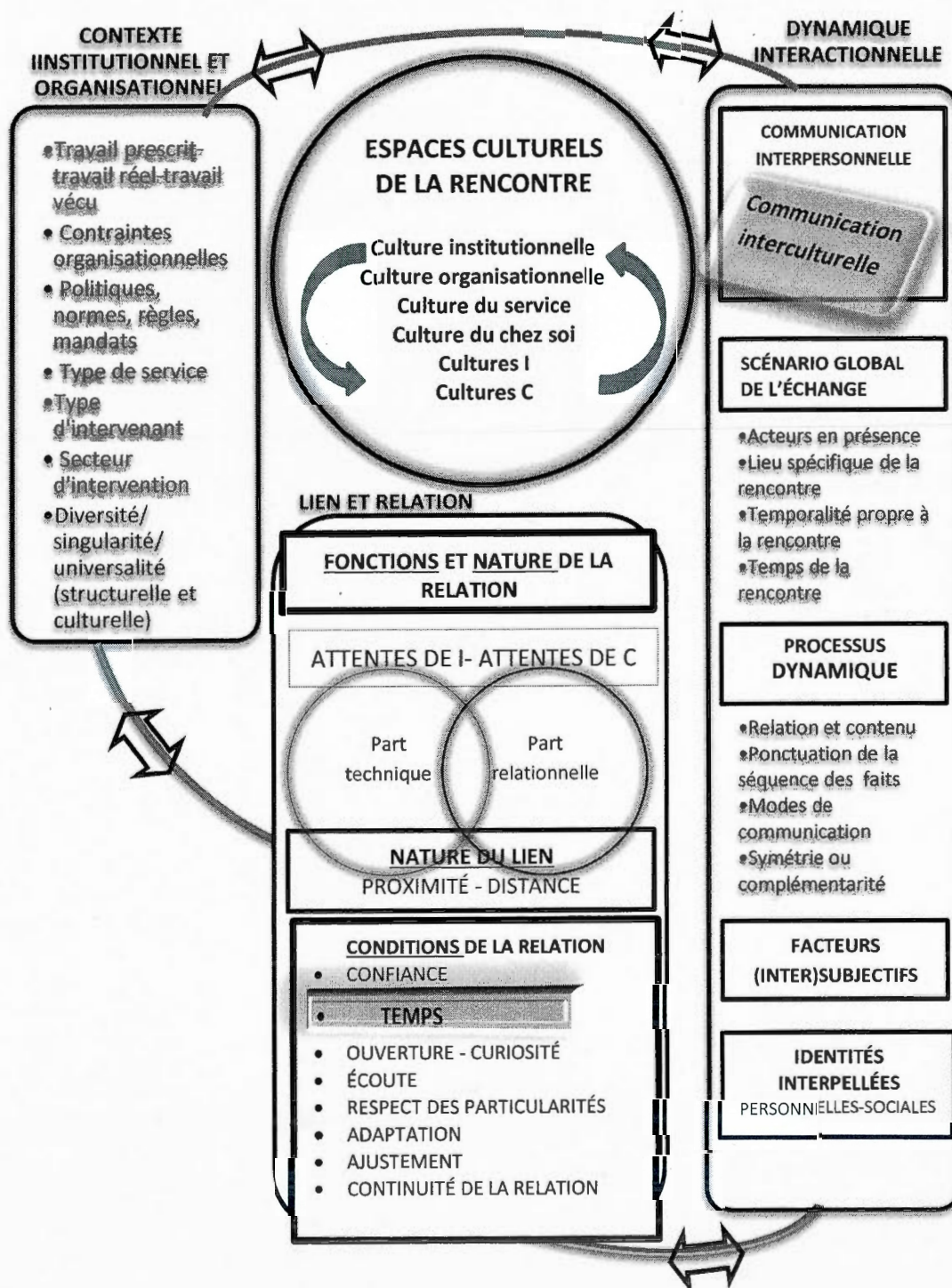


Figure 6.2 Schéma interprétatif de l'interaction professionnelle en soutien à domicile auprès des personnes âgées immigrantes

6.4 PRÉSENTATION DES PROPOSITIONS THÉORIQUES

Nous inspirant du modèle que nous venons de présenter, nous exposons ici les propositions théoriques qui ont émergé de la combinaison de nos résultats, lesquels nous permettent d'énoncer une théorie locale de l'interaction professionnelle en soutien à domicile en contexte pluriethnique telle qu'elle se vit et telle qu'elle se pense par les intervenants œuvrant dans les services du PPALV au CSSS de la Montagne. La première proposition montre l'interdépendance des notions de temps et de relation, concepts qui sont essentiels pour la compréhension et la description de l'interaction professionnelle en soutien à domicile. La deuxième proposition fait un lien entre les notions de diversité, de cultures, d'ethnicité et d'identités pour montrer que la rencontre intervenant-client met en jeu de nombreux espaces de reconnaissance pour l'intervenant et le client où se recoupent toutes ces notions. La troisième proposition montre que le contexte très particulier du soutien à domicile en fait un lieu privilégié pour l'élaboration d'une relation intervenant-client basée sur l'ouverture, l'écoute, la communication et le respect de l'individualité. Ces attitudes, qui correspondent aux valeurs prônées dans la relation de soins, d'accompagnement et de proximité, facilitent la rencontre interethnique puisque le temps, la relation, l'altérité et la confiance sont aussi les conditions de réussite de l'approche interculturelle.

6.4.1 Première proposition théorique: Le temps de la relation, le temps pour intervenir

Les notions de **temps** et de **relation** sont ressorties comme étant des conditions essentielles pour comprendre, décrire et analyser l'interaction professionnelle en soutien à domicile. Les intervenants et les clients entretiennent d'ailleurs un rapport

particulier au temps puisque leurs propos nous montrent que la relation s'élabore et se vit en fonction de celui-ci. Cette constatation peut être soutenue par les propos de Gagnon et Saillant (2000) qui affirment que : «La relation ne peut se créer hors du temps, même court ou restreint, entre les aidés et les intervenants [...] [Le temps] donne justement ce qu'il faut à la relation pour qu'elle existe et prenne sens pour les deux parties» (p. 98 et 99). On constate que ce temps, si important, est relié de près au pôle relationnel de l'activité, puisque **la fréquence des rencontres** (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, annuelle), **la durée des visites** (quinze minutes, une heure); **la durée de la relation qui s'inscrit dans le temps** (jours, mois, années) et les **temps de la relation** (création, maintien, rupture temporaire, fin) sont des éléments qui en conditionnent la nature. Le temps est un élément précieux pour les intervenants qui inscrivent leurs activités dans une relation d'accompagnement. La possibilité de **prendre le temps avec les clients** (pour la création du lien de confiance et le maintien du lien), d'**assurer une continuité** de personnel, de **donner du temps** (pour offrir une présence, pour discuter avec le client, pour montrer que l'on s'intéresse à lui) sont considérés comme un privilège qu'offre la pratique en soutien à domicile. Comme nous l'aura indiqué un infirmier : *«Ce fut ma plus belle surprise quand je suis arrivé ici»*. Ce temps est également capital pour la majorité des clients puisque c'est grâce à lui que le lien social, parfois plus important que le service, peut s'incarner et se vivre au quotidien.

Inscrit dans la relation d'accompagnement, le temps est une condition de l'établissement du lien de proximité qui peut s'instaurer entre les intervenants et leurs clients. C'est notamment ce temps qui permet «le rapprochement entre les personnes, entre les services offerts et les attentes des gens, entre les modalités de distribution des services et la réalité multidimensionnelle des personnes qui en ont besoin». (Carrière, Bédard, Blackburn et *al.*, 2009, p. 299). C'est aussi ce temps passé auprès des aînés qui permet aux intervenants de les considérer comme des personnes et non

pas seulement comme des clients (Lavoie et Guberman, 2010). Faire du bien à la personne âgée, prendre le temps de discuter avec elle, assurer une présence réconfortante, offrir une forme de lien social à celle qui est seule sont des points qui demandent du temps et qui ont été mentionnés à plusieurs reprises par les intervenants lors des entretiens. Ajoutons à cela que nos observations les plus riches au plan relationnel montrent l'importance que peuvent prendre les échanges interstitiels pendant les rencontres puisqu'ils révèlent l'importance de la part relationnelle dans le travail tout en étant une façon d'assurer le suivi de la personne et d'être à l'écoute de ses besoins, de ses difficultés et de ses souffrances. Ces conditions sont en grande partie tributaires du temps dont disposent les intervenants. Comme l'indique Saillant (1999) :

Le temps dans les soins est un enjeu qui se dessine de plus en plus clairement. On dit aujourd'hui, et cela dans des institutions dont ce serait en principe la vocation, ne plus avoir le temps de soigner. On exprime là quelque chose de très important : que les soins requièrent du temps, du temps qui ne s'additionne pas, mais se déroule, se ressent, se déploie (p. 144).

Le temps est aussi relié au pôle technique du travail puisqu'il permet aux intervenants de **prendre plus de temps** pour outrepasser les difficultés – et parfois déroger du travail prescrit – avec les clients qui font preuve de résistance ou qui nécessitent une aide particulière. Le manque de collaboration qui peut advenir avec les clients qu'ils jugent «difficiles» leur donnera l'impression **de perdre du temps**.

Inscrits dans la relation interculturelle, le **temps et la relation** sont des conditions qui, combinées, permettent aux intervenants d'explorer des éléments explicatifs dépassant les étiquettes ethnoculturelles (McAll, Tremblay, LeGoff, 1997, p. 106-107). C'est encore le temps et la relation qui leur donne la possibilité, dans plusieurs cas, d'outrepasser les barrières linguistiques et culturelles et de mieux comprendre les

demandes et les besoins parfois particuliers de leurs clients. Les commentaires des intervenants nous montrent aussi que la relation qui s'établit au fil du temps permettra d'atténuer et même de dépasser certaines tensions interethniques qui peuvent survenir dans le microcosme du soutien à domicile. *«Temps et relation. Le secret, il est là avec nos clients immigrants»* nous dira une infirmière.

Le temps représente actuellement un enjeu majeur pour les intervenants du soutien à domicile qui affirment que l'implantation de plus en plus poussée de l'idéologie managériale dans le réseau de la santé et des services sociaux affecte directement le temps dont ils disposent auprès de leur clientèle, entraînant de ce fait une disponibilité moindre pour l'espace relationnel qu'ils considèrent comme un élément fondamental de leur travail. Ainsi, **constater ou craindre d'avoir moins le temps; ne plus avoir le temps; ne plus pouvoir assurer la continuité du personnel (relation élaborée dans le temps), courir après le temps** deviennent des enjeux de la pratique puisque les intervenants affirment que ces «pressions temporelles» (Avarguez, 2009, p. 8) mettent en péril les fondements de leurs activités tout en entraînant une perte de sens reliée à leur perception du travail bien accompli. Gagnon, David, Cloutier et *al.*, (2003) mentionnent que l'intensification du travail se manifeste le plus souvent sous forme de contraintes de temps insuffisant liées à la tension sur le temps (devoir se dépêcher, disposer de temps insuffisant pour effectuer correctement son travail, devoir interrompre son travail pour effectuer une tâche non prévue) ou au rythme de travail (contraintes techniques, organisationnelles ou marchandes) (p. 146).

On peut ainsi constater que les dimensions d'ordre temporel colorent la rencontre, ont un effet sur la relation intervenant-client et ont un impact sur le déroulement des services ainsi que sur la qualité des soins.

6.4.2 Deuxième proposition théorique : L'interaction professionnelle en SAD, à la rencontre de plusieurs espaces culturels

L'une de nos interrogations majeures reposait sur la mise en intrigue de l'élément culturel dans l'interaction professionnelle en SAD en contexte pluriethnique. Nos résultats ont montré la présence des nombreux espaces culturels qui s'influencent et qui orientent les rapports qui s'établissent entre les intervenants et leurs clients, tout en modelant l'intervention et les moyens de communication. La **culture inhérente au service du SAD, la culture du domicile, les cultures professionnelles, les cultures du client** ainsi que **celles de l'intervenant, les cultures institutionnelle et organisationnelle**, sont les catégories d'ordre culturel qui interviennent simultanément dans la rencontre et colorent les relations.

Intervenir dans l'espace culturel du domicile est certes un des facteurs principaux qui influence les modes d'intervention, l'approche client, les intentions de communication et la nature de la relation qui s'instaure entre un client et un intervenant puisque la culture du SAD relève de cette spécificité. Les «modèles culturels organisationnels», tels que désignés par Grosjean et Lacoste (1999), comportent des valeurs spécifiques ainsi que des systèmes d'orientation et de conduite qui se regroupent autour d'orientations communes qui s'imprimeront dans les comportements et dans le langage des intervenants (p. 40). Travailler chez le client, «*c'est le recevoir chez lui*» nous dira un travailleur social, nous indiquant de ce fait le rapport de place particulier qui s'installe entre les acteurs si l'on compare à des milieux d'intervention plus institutionnalisés (McAll, Tremblay, LeGoff, 1997). D'où toute l'importance de la culture du service qui sous-tend l'existence d'une relation personnalisée, la prise en compte de l'individu «dans son unicité et son unité (holisme)» (Gagnon, 2009), la création d'un lien de confiance et le respect des croyances, valeurs et modes de vie, puisque «*sans ça, on n'entre pas*».

L'établissement de ce lien est d'ailleurs considéré comme étant une étape fondamentale de l'intervention qui permettra la mise en place ainsi que la réalisation des soins et des services.

La culture inhérente au service du soutien à domicile nous révèle que les intervenants partagent différentes valeurs et croyances qui reposent sur l'ouverture, le respect et la reconnaissance d'une culture chez chaque client, lesquels supposent adaptation, ajustement et souplesse de leur part jusqu'à ce que les demandes des personnes âgées n'entrent pas en contradictions avec les limites fixées par l'organisation ou leurs limites personnelles. Rappelons, comme nous l'avons mentionné au chapitre II, que ces valeurs et croyances, qui deviennent des «mythes» de la pratique lorsque réunis, ont une forte influence sur l'interaction puisqu': «[...] ils alimentent ce que l'intervenant sait avant d'avoir rencontré le client et ils vont devenir les instruments mêmes de son activité de construction de la situation [...] Ils ne sont donc pas seulement du domaine de la pensée, mais sont des guides qui dirigent l'action, qui se traduisent dans un discours» (Amiguet et Julier, 2003, p. 197-198).

Ces valeurs et ces croyances peuvent être rattachés aux principes relatifs à la singularisation de l'intervention, qui, lorsqu'inscrite dans une relation de soins et encore plus dans une relation d'accompagnement, voire de proximité, fait ressortir les dimensions humanistes, intersubjectives, relationnelles et émotionnelles du travail, intimement liées aux actes techniques. Ils soulèvent les questions de singularité, d'individualité, d'identité et de reconnaissance de l'autre, lesquelles concernent non seulement les clients, mais aussi les intervenants puisque c'est la double reconnaissance qui donne une figure à l'altérité et permet la rencontre.

McAll, Tremblay et LeGoff (1997) affirment que le lieu spécifique de l'intervention, ainsi que le contenu social de la relation, tel qu'il s'élabore en SAD, permettent une

reconnaissance du client comme une «personne», possédant son histoire, sa culture et ses caractéristiques propres. Nous ajoutons que ce contexte d'intervention donne aussi l'occasion à l'intervenant d'être reconnu lui aussi comme une «personne» et non seulement comme un employé du CLSC :

Les soins sont avant tout une pratique relationnelle, qui ne se déploie que dans une relation, une relation sociale qui transporte avec elle des formes de lien créatrices d'identité entre deux individus [...] toutes les pratiques d'accompagnement participent un peu à ce jeu du lien identitaire où l'identité ne peut que passer par cet espace relationnel [...] (Saillant, 2000, p. 167).

Les résultats de nos observations et de nos entretiens nous montrent en effet que la relation qui s'instaure en soutien à domicile, tout en continuant de s'inscrire dans une dynamique professionnelle, peut prendre une dimension individualisée (relation de service social) si les attentes relationnelles de l'intervenant et du client vont dans ce sens. La culture du service et la culture du domicile contribuent à la création de cette dynamique.

Nos analyses montrent que le type de professionnel orientera le rapport qui s'établit avec les clients. Des travaux qui se sont penchés sur l'interaction en soutien à domicile mentionneront à cet effet que le groupe de professionnel auquel l'intervenant appartient, son niveau de formation ainsi que la position qu'il occupe sur l'axe hiérarchique institutionnel auront une influence sur ses pratiques et sur les relations entretenues avec ses clients (Meintel, Cognet, Renaud et Sévigny cités dans Cognet et coll., 2001, p. 34). Nos résultats confirment que les auxiliaires, suivis des infirmières et des travailleurs sociaux, sont les intervenants qui relatent avec le plus d'insistance l'importance d'élaborer une relation de proximité avec les personnes âgées. Nos observations nous ont de plus montré que les rencontres mettant en scène des auxiliaires étaient les plus riches au plan relationnel.

Il nous semble cependant important de faire intervenir des facteurs autres que ceux des appartenances et des statuts professionnels.

Comme nous l'avons maintes fois souligné dans cette recherche, la durée de la relation, ainsi que la fréquence des visites sont des éléments qui favorisent le lien qui se construit entre les intervenants et leurs clients. D'autres éléments telles les attentes de la personne âgée concernant la relation – cas 4, 5 et 6 – viendront influencer la dynamique interactionnelle et le type de lien qui s'établit puisque les intervenants s'ajusteront – ou ne s'ajusteront pas (cas 6) – aux attentes relationnelles des clients (ou de la famille, cas 4). On constate que la volonté des intervenants d'élaborer une relation de proximité ne dépend pas seulement de leur bon vouloir (cas 4, cas 5). On remarque aussi que les attentes relationnelles des clients ne sont pas toujours prises en compte (cas 6). Ces constats montrent que «la relation se construit à partir de deux systèmes d'attente qui vont plus ou moins s'accorder» (Caradec, 1999, p. 7). Les autres catégories de professionnels qui ont participé à notre étude soit, les ergothérapeutes, les diététistes et les physiothérapeutes, mentionnent que ce sont surtout les mandats ponctuels qui leur sont confiés qui les empêchent d'élaborer un lien de proximité du même genre que leurs confrères et consœurs de travail.

La présence de facteurs individuels tels, les années de travail, les expériences antérieures, les perceptions du travail et de la relation à établir, le degré de sensibilité culturelle, les croyances, les préjugés, nous empêchent de considérer les groupes professionnels comme des entités homogènes (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 40). Ajoutons, comme l'indiquent Pène, Borzeix, Fraenkel (2001), que même si les missions sont définies, «[...] chacun a sa façon de donner un contenu à sa tâche et une manière de se servir des outils à disposition. Chacun est un individu singulier, par son histoire, sa manière d'être dans une relation aux autres [...]» (p.57).

Pour toutes ces raisons, nous avançons que la culture professionnelle influence certes le type de relation qui s'établit, en fonction des hiérarchies et des positions occupées par les intervenants, mais nous ajoutons que ce facteur est intimement relié à d'autres éléments de nature contextuelle, temporelle, subjective et intersubjective.

6.4.3 Troisième proposition théorique : Le poids de l'ethnicité dans l'intervention

Nos observations auraient pu laisser entendre que l'ethnicité ne joue pas un grand rôle dans l'interaction professionnelle en soutien à domicile. Bien que présente, elle n'est pas ressortie comme un facteur déterminant des rencontres. Les résultats de nos entretiens montrent, au contraire, toute la pertinence de prendre en compte l'ethnicité dans l'intervention. Mentionnée de manière timide par les intervenants lorsqu'abordée de façon large, elle finit par s'insérer subtilement dans leur discours jusqu'à prendre une place distincte lorsqu'abordée comme condition particulière de la pratique. Celle-ci peut être regardée selon quatre angles différents soit : les appartenances ethniques de l'intervenant, celles du client, l'influence de l'ethnicité dans le rapport intervenant-client et celle qu'elle peut avoir sur le travail.

Nos observations ainsi que nos entretiens montrent, comme l'a fait Cognet (2001) avant nous, que les identités professionnelles et organisationnelles des intervenants «ne sont pas les seules références en jeu» (p. 103) puisque d'autres référents identitaires, personnels et sociaux, peuvent avoir une influence non négligeable sur leur travail ainsi que sur leurs façons d'entrer en relation avec les personnes âgées. À ce titre, Meintel, Cognet et Lenoir-Achdjian (1999) font remarquer que plusieurs écrits présentent l'univers professionnels comme un milieu homogène où l'appartenance ethnique et culturelle des intervenants serait transcendée par l'appartenance et l'éthique professionnelle. Rhéaume, Sévigny et Tremblay (2000)

affirment que ces études auront tendance à attribuer une place à l'ethnicité, aux croyances, aux valeurs et aux pratiques culturelles des clients alors que celles des intervenants seront négligées au nom de leur intégration sociale (p. 45). Nos résultats illustrent que l'espace privé de la rencontre ainsi que son caractère plus intime et plus personnalisé peuvent favoriser la mise en relief des appartenances ethnolinguistiques, ethnoculturelles et ethnoreligieuses des intervenants, que ceux-ci appartiennent au groupe ethnique majoritaire ou non. Lors des entretiens, les intervenants qui provenaient de groupes minoritaires faisaient tout autant référence à leurs appartenances ethniques (linguistiques, religieuses, nationales) qu'à celles de leurs clients pour nous mentionner les caractéristiques de la rencontre interculturelle. Les intervenants issus du groupe majoritaire (Québécois d'origine canadienne-française) auront moins tendance à mentionner leurs appartenances ethnoculturelles, quoique que la dimension ethnolinguistique (identité francophone) se soit révélée comme un élément important de leur identité.

Cognet (2002a, 2001) attribue le recours et la mise en scène d'identités autres que professionnelles chez les intervenants qui sont au bas de la hiérarchie donc, moins investis dans leurs identités professionnelles, à une recherche de valorisation et de satisfaction au travail (p. 103). Bien que nous ne réfutions pas sa position, nos résultats montrent que la dimension personnalisée des soins, telle qu'elle se vit en soutien à domicile, représente un espace de valorisation et de satisfaction au travail pour tous les types d'intervenants. Cette caractéristique favorise la mise en scène d'identités multiples, peu importe la profession, puisque la rencontre «[...] se constitue au sein des systèmes de repérage et de différenciation [...]» (Saillant et Gagnon, 1999, p. 10-11) lesquelles tournent autour des notions de «filiation» et de «ressemblances». L'approche interculturelle s'inscrit dans la même optique puisqu'elle affirme que dans l'interaction :

L'autre est la recherche d'une ressemblance qui permet d'établir des connivences, de rendre l'autre plus proche, de créer une appartenance commune. Dans les deux cas, il s'agit de confirmer sa différenciation, tout en se rapprochant de l'autre, mécanisme fondamental de la construction identitaire : identification/différenciation (Camilleri et Cohen-Emerique, 1989 cités dans Hohl et Cohen-Emerique, 1999, p. 121).

Les systèmes de repérages utilisés par les acteurs reposeront sur l'utilisation de multiples appartenances ou de facettes identitaires puisque tout élément pouvant servir à la relation sera saisi, l'ethnicité étant une variable parmi d'autres (Cognet, Meintel, Lenoir-Achdjian, 1999, p. 66). Ainsi, intervenants et clients, tous deux porteurs d'une histoire, d'expériences, de valeurs, de croyances, de systèmes d'attentes façonnent, en fonction de ces éléments, leurs manières d'entrer en relation et d'établir le lien (Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000). Les appartenances diverses qui les définissent, qu'elles concernent l'âge, le genre, les langues parlées – ou pas –, la religion, le statut d'immigrant, la nationalité ou le groupe ethnique auquel ils appartiennent, sont des éléments de leurs identités qui se révéleront dans le concret de la relation (Rhéaume (2000), p. 44) en fonction des rapports qu'intervenants et clients ont établi entre eux. Cet espace de co-crédation de la relation prendra forme en fonction des attentes et d'affinités personnelles qui reposeront sur des éléments relatifs à l'ethnicité, mais aussi sur des traits de personnalité ou des goûts communs qui réuniront les individus (cuisine, cinéma, lecture, etc.).

Des appartenances communes seront parfois utilisées – ou volontairement dissimulées – par les intervenants, à titre stratégique, pour faciliter la relation, la communication, l'acceptation des services ou assurer une meilleure compréhension du fonctionnement du système. Elles seront d'autres fois introduites par les clients qui y découvriront une affinité à partager avec l'intervenant. Ce jeu d'identités affirmées, assignées ou camouflées montre qu'intervenants et clients ne sont pas

seulement des produits de leurs appartenances multiples mais qu'ils sont également acteurs et metteurs en scène de celles-ci.

Nos analyses montrent, comme Cognet (2000a) l'a déjà illustré, que l'ethnicité peut être un élément de médiation mais qu'elle peut aussi devenir une source de tension dans la relation (p. 8). L'espace privé de la rencontre peut en effet provoquer une mise en exergue de la différence où surgissent parfois des situations d'incompréhension (Legault et Lafrenière, 1992; Battaglini et *coll.*, 2005) qui interpellent les intervenants dans leurs identités professionnelles mais surtout dans leurs identités sociales et personnelles. La présence de zones sensibles, telles qu'énoncées par les intervenants attestent que l'ethnicité ne concerne pas seulement les groupes minoritaires. La forte réaction des intervenants concernant le fait français au Québec, ainsi que les rapports francophones-anglophones nous le montrent bien.

Nos observations ainsi que nos entretiens montrent que les origines ethniques, ethnonationales, ethnoculturelles et ethnolinguistiques des clients ne sont pas les seuls facteurs déterminant du travail en soutien à domicile quoique la présence de la barrière linguistique et des différences d'ordre ethnoculturel aient été mentionnées par les intervenants comme étant des sources potentielles de complexité au niveau des tâches à accomplir. Comme l'ont montré avant nous Rhéaume, Sévigny et Tremblay (2000), ces particularités d'ordre ethnoculturel «prennent leur place à côté d'un ensemble d'autres facteurs explicatifs plutôt que d'occuper tout le champ de l'explication» (p. 108). Des éléments qui peuvent s'appliquer à la clientèle dans son ensemble tels, les conditions socio-économiques, le niveau d'éducation, la présence ou l'absence de réseau auront, à leurs yeux, une influence tout aussi importante (Cognet, Verghnes et *coll.*, 2001). Le contexte du SAD justifie en partie cette marginalisation de la différence ethnoculturelle comme facteur d'identification ou d'explication puisque le temps passé auprès du client permet une connaissance plus

approfondie de sa personne et de son environnement lorsque l'on compare à d'autres sites d'intervention. McAll, Tremblay et LeGoff (1997) affirmeront à cet effet que plus les intervenants connaissent leurs clients, «[...] plus ils font valoir cet univers complexe de relations et de conditions qui sous-tend l'état dans lequel se trouvent les patients [...]» (p. 102).

Ajoutons que la pluriethnicité et la présence de facteurs d'ordre ethnoculturels ne sont pas considérées par les intervenants comme des difficultés infranchissables, mais plutôt comme un état de fait faisant partie du quotidien, comme une dimension du travail qui doit être prise en compte. Tel qu'ils l'affirment : *«les différences, on fait avec»*. Ce sont surtout les effets de l'immigration (immigration récente, âge lors de la migration, statut précaire, présence de la barrière linguistique, méfiance accrue, méconnaissance du fonctionnement du système) qui, selon les intervenants, représentent un problème au niveau de la tâche à accomplir, puisque certaines situations engendrent la multiplication de ressources pas toujours disponibles et l'augmentation de la charge de travail. Le cas 4 nous a par exemple montré la complexité des situations qui peuvent survenir lorsque la migration est récente et qu'elle est vécue à un âge plus tardif.

6.4.4 Mise en commun des propositions : Relation, communication, cultures et ethnicité dans le travail en soutien à domicile

Nous avons montré, tout au long de cette thèse, l'importance de prendre en considération les différents espaces culturels (cultures institutionnelles, organisationnelles, culture du service, culture du domicile, cultures de l'intervenant, cultures du client) pour comprendre, dans sa complexité, l'intervention en soutien à domicile en contexte pluriethnique. La culture, en lien avec l'ethnicité, se retrouve

donc inscrite dans un réseau d'interdépendance qui en font une variable parmi d'autres.

Affirmons-nous, dans ce cas, que les spécificités d'ordre ethnoculturel ainsi que les facteurs qui lui sont associés (origine nationale, culture, connaissances linguistiques, expériences de migration) doivent être considérées comme des dimensions secondaires de l'intervention? Loin de là. Nos résultats montrent toute l'importance d'en prendre compte puisque la reconnaissance de ces particularités est un des gages de réussite de l'intervention en soutien à SAD. Comme l'ont remarqué avant nous Meintel, Cognet et Lenoir-Achdjian (1999), l'ethnicité, tout comme la culture, «est partout et nulle part» (p. 60). Rappelons de plus que nos découvertes s'inscrivent dans une posture qui reconnaît la complexité et les interinfluences multiples des phénomènes sans volonté d'établir une hiérarchie de causalité.

Au niveau de la littérature, trois thèses principales s'affrontent lorsque l'on prend en considération l'impact de la culture et de l'ethnicité dans le travail en milieu sociosanitaire et dans les rapports qu'entretiennent intervenants et clients. La première sous-tend la primauté des effets de la culture et de l'ethnicité du client sur l'intervention et la relation. La deuxième avance que des facteurs d'ordre structurel, comme les conditions socio-économiques par exemple, auraient plus d'impact sur l'intervention que les facteurs d'ordre culturel. La troisième suggère de considérer ces deux aspects pour révéler toute leur influence mutuelle. Le lecteur aura deviné que nous nous inscrivons dans cette dernière proposition mais que la posture interculturelle dans laquelle nous nous inscrivons nous incite à y ajouter l'existence d'identités autres que professionnelles chez les intervenants.

Ces différentes positions, qui influencent les façons d'aborder la pratique en contexte pluriethnique, touchent de près au thème de l'adaptation des services aux populations

immigrantes âgées. Des travaux relateront l'importance d'ajuster les services aux immigrants en général, considérant ceux-ci comme faisant partie d'une cohorte homogène. D'autres mentionneront, dans une optique culturaliste, l'importance de posséder des connaissances sur les groupes ethnoculturels, considérant que l'origine ethnique aura une influence sur les modes de communication, les attentes des clients âgés et leur attitude à l'égard de l'aide proposée. Ces recherches (études ethnogérontologiques, *comparative minority aging research*) suggéreront le développement d'approches différenciées selon les groupes ethnoculturels, attribuant de ce fait des caractéristiques communes aux membres d'un même groupe. On affirmera, par exemple que «certains patients migrants attendront du soignant qu'il soit actif, directif et autoritaire, tandis que d'autre chercheront plutôt une relation égalitaire» (Fostier, 2005, p. 475; voir aussi Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000 citant Trinh, 1986). D'autres études montrent cependant que les différences intragroupales sont plus significatives que les variations intergroupales et que les ressemblances se veulent plus nombreuses que les différences lorsque l'on regarde les conditions des personnes âgées issues de la population majoritaire et celles provenant de communautés ethnoculturelles (Alliance des communautés culturelles, 2000, p. 51; Groger, 1998; Kyriakos, 1998; Guberman et Maheu, 1998, 1997; Rowles, 1998). La littérature qui adopte une approche plus phénoménologique nous montrera plutôt que les attentes varient en fonction de chaque individu et ce, peu importe l'origine ethnoculturelle (Bonnet, 2006; Caradec, 1999; Vercauteren et Babin, 1998; Piercy et Wooley, 1999).

Rhéaume, Sévigny et Tremblay (2000), soulignent que le **type de relation** qui s'installe entre l'intervenant et son client est une dimension centrale de toute intervention efficace en contexte pluriethnique puisque : «L'établissement d'une relation de confiance ainsi que la compréhension du problème [...] semblent fortement liés à la capacité de l'intervenant à percevoir le cadre de référence culturel

du patient, permettant à ce dernier d'être lui-même» (p. 46). On retrouve le même discours chez les auteurs qui se sont penchés sur le type de relation à établir avec les personnes âgées issues de la population majoritaire (Gagnon et Saillant, 2000; Piercy et Wooley, 1999; Paquet, 1999, 2001b, 2005).

Poser dès lors la question de l'adaptation des services aux immigrants ou aux différentes communautés, comme le prônent différents auteurs ne représente pas, à notre avis, une solution dans le contexte du soutien à domicile. Les commentaires des intervenants soulignent l'existence de plusieurs points communs qui réunissent les personnes âgées. Ils nous révèlent aussi que les variations individuelles sont plus importantes que les ressemblances chez les membres des communautés ethnoculturelles. Leurs commentaires montrent, à l'instar de Mc All, Tremblay et Legoff (1997) «que nous sommes moins différenciés par nos cultures d'origine qu'unis par les conditions dans lesquelles nous vivons : conditions de logement, inégalités de revenus, problèmes de santé, vieillissement, isolement [...]» (p. 102).

Les résultats que nous avons obtenus s'inscrivent plutôt dans la lignée des travaux qui proposent d'adapter les services «aux besoins et aux modes de résolution des problèmes de toutes les populations visées, sans considération de leur origine ethnoculturelle» (Cognet, Verghnes et coll., 2001, p. 103 citant l'étude de Guberman et Maheu, 1997; Gravel et Battaglini, 2000; Jézéquel, 2006; Vissandjée et Dupéré, 2000). Guberman et Maheu (1997) recommandent à cet effet «d'adopter une approche qui met l'accent non seulement sur les différences mais sur les traits communs entre les groupes ethniques minoritaires et les groupes majoritaires» (p. 257). Plutôt que de marginaliser les personnes âgées immigrantes en réduisant leurs problèmes à des spécificités d'ordre culturel, ils rappellent que plusieurs des enjeux présents dans l'intervention relèvent de conditions qui concernent tous les aînés peu importe leur origine.

Ils affirmeront à cet effet que l'adaptation et l'ajustement des services concerne l'ensemble de la clientèle qu'ils desservent puisque la réussite de l'intervention est, conditionnelle à la prise en compte des particularités culturelles et structurelles de chaque individu. Les intervenants s'inscrivent donc dans une «approche de négociation culturelle centrée sur les apprentissages et les échanges de savoirs et de valeurs entre prestataires de services et utilisateurs» tel que prôné dans le cadre conceptuel de négociation culturelle (Ducharme, Lebel et Bergman, 2008, p. 202).

Ceci ne signifie toutefois pas que les intervenants font abstraction des appartenances ethniques et culturelles de leurs clients puisque qu'ils affirment qu'elles ont une influence certaine sur la relation qui s'établit et sur l'intervention. Ils relèvent aussi l'effet de leurs propres origines ethnoculturelles, montrant ainsi que la rencontre se construit autour de deux porteurs de cultures. Le comportement qu'ils adoptent à l'égard des différences ethnoculturelles correspond aussi à la notion d'«ajustement concerté», telle que présentée par Bouchard-Taylor (2008) dans leur rapport donnant suite à la *Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles*. Présenté comme une conduite moins formelle que l'accommodement raisonnable – qui suit une voie judiciaire –, l'ajustement concerté est décrit comme «un parcours qui repose sur la négociation et la recherche de compromis [dont l']objectif est de parvenir à une solution qui satisfait les deux parties» (p. 53-54).

Ajoutons que la culture organisationnelle, la culture du service et la culture du domicile, de par leur fonctionnement, leurs missions et les rôles définis influencent, dans le contexte de notre étude, les rapports interculturels entre les intervenants et leurs clients puisque tous ces espaces favorisent «une rencontre réelle» (Carrière, Bédard, Blackburn et *al.*, 2009, p. 299) et soulignent l'importance de prendre en compte la culture de chaque personne que celle-ci soit d'une origine ou d'une autre.

Le secteur pluriethnique où nous avons effectué notre enquête de terrain, qui fait de la rencontre interethnique une réalité quotidienne, ainsi que le nombre élevé d'intervenants qui ont connu l'immigration et qui proviennent de différents groupes ethnoculturels sont aussi des facteurs qui expliquent que la rencontre interculturelle ne soit pas considérée comme un problème en soi pour les intervenants, malgré les complications qu'elle peut occasionner. Ces difficultés, nous l'avons vu, concernent principalement la dimension technique relative à certains mandats et plus rarement la dimension relationnelle, sauf dans les occasions où les clients feront preuve de racisme, d'intolérance ou de fermeture. Les intervenants nous ont mentionné, lors des entretiens, que l'utilisation de stratégies communicationnelles et relationnelles telles l'ouverture, le respect, la curiosité et le temps sont des conditions universelles qui leur permettent d'entrer en relation avec l'ensemble de la clientèle qu'ils rencontrent, peu importe l'origine. Le pairage ethnique ou ethnolinguistique, qui sont désignés, dans la littérature, comme étant des stratégies pouvant faciliter la compréhension interculturelle et favoriser l'interaction intervenant-client ne se présentent pas, dans notre étude, comme des solutions à toute épreuve puisque le cas numéro 1 montre, par exemple, que le problème de la barrière linguistique peut être transcendé par l'élaboration de stratégies relationnelles lorsque les interventions ne reposent pas uniquement sur le dialogue. Nos observations ont de plus montré qu'une même langue ou une même origine ethnique ne sont pas nécessairement le gage d'une meilleure interaction et d'une relation de proximité puisque deux de nos trois rencontres les plus pauvres au niveau relationnel (cas 5 et cas 6) mettent en scène des personnes qui possèdent des origines ethniques ou linguistiques communes.

L'intervention en soutien à domicile s'inscrit de plus dans une relation de service, plus spécifiquement dans une relation d'aide qui peut prendre la forme d'une relation d'accompagnement, voire même de proximité, si les attentes des acteurs vont dans ce sens. Or, comme l'affirment Gagnon, Saillant, Montgomery et *al.* (1999) : « Qui dit

proximité dit [reconnaissance de] particularisme, [de] singularité, [de] différences, aussi bien individuelles que collectives» (p. 20). Clément et Gélinau (2009) soulignent pour leur part que :

Penser la proximité et ses implicites dans l'horizon du lien, de l'accompagnement et du soin nous renvoie à des approches, à des pratiques et à des manières de faire qui ont pour visée le rapprochement intersubjectif, expérientiel, spatial, écosystémique ou décisionnel à des fins de reconnaissance identitaire, d'adaptation, de participation, d'intégration et de maïeutique (p. 12).

Cette façon d'appréhender la relation se retrouve aussi dans les approches générales de la relation d'aide, notamment dans l'approche centrée sur la personne telle que prônée par Rogers (1985). Elle correspond de plus à l'approche interculturelle qui fait reposer les principes du processus d'aide sur «le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs et de ses besoins» où l'intervenant doit, pour établir et maintenir une relation adaptée aux attentes de la personne, faire preuve d'écoute compréhensive et créer un climat d'acceptation et de confiance (Cohen-Emerique, 1993, p. 71). Comme l'indique Ouellet (1994) :

[...] qui dit interculturel dit, s'il donne tout son sens au préfixe inter: interaction, échange, décloisonnement. Il dit aussi, en donnant son plein sens au terme "culture": reconnaissance des valeurs, des modes de vie, des représentations symboliques auxquels se réfèrent les êtres humains, individus et sociétés, dans leurs relations avec autrui et dans leur appréhension du monde; reconnaissance des interactions qui interviennent à la fois entre les multiples registres d'une même culture et entre les différentes cultures, et ceci, dans l'espace et dans le temps (p. 392-393).

Ces constatations nous montrent que la communication en santé, et encore plus la communication interculturelle en santé, invitent à un retour aux bases de la communication humaine puisque plusieurs chercheurs constatent qu'elles relèvent

des mêmes principes. Or, bien que nous reconnaissons que la variante culturelle ait, sur les individus, une influence sur leur manière de communiquer et que la rencontre entre personnes issues d'univers culturels différents puisse mettre en relief l'existence de barrières communicationnelles et relationnelles, nos résultats suggèrent que la communication interethnique ne représente pas une forme spécifique de communication lorsque comparée à la communication intraethnique, même si celle-ci demande des habiletés propres, comme la sensibilité culturelle (Witte et Morrison, 1995; Barrette, Gaudet, Lemay, 1993; Gudykunst et Kim, 1992; Sarbaugh, 1979). Il en est de même de la relation.

Nous adoptons ici le point de vue de Sarbaugh (1979) qui dénonce le fait que de nombreux chercheurs et praticiens aient analysé et considéré la communication interculturelle comme faisant partie d'une classe à part. En désaccord avec cette idée, il affirme que: *«As one begins to identify the variables that operate in the communication being studied, [...] it becomes apparent that they are the same for both intracultural and intercultural settings»* (p. 5). Gudykunst et Kim (1992) qui se sont aussi penchés sur la question affirment pour leur part que:

The two «forms» of communication are not different in kind, only in degree. Stated differently, the variables influencing intercultural communication and intracultural communication are the same, but some variables have more of an influence on our communication in one situation than in another. Our ethnocentric attitudes, for example, influence our intercultural communication more than our intracultural communication, but our ethnocentric attitudes also influences our intracultural communication» (p. 16).

Le soutien à domicile représente un lieu de prédilection pour l'analyse de la rencontre interculturelle puisque les conditions dans lesquelles elle s'inscrit en font un terreau favorable pour l'élaboration d'une relation de confiance centrée sur la personne et sur la reconnaissance de ses besoins particuliers tel que le prônent l'approche

interculturelle, la relation de soins et la relation d'accompagnement. Lorsqu'elle s'inscrit dans le temps, donc, dans la continuité et qu'elle correspond aux attentes du client et de l'intervenant, cette relation peut, tout en demeurant professionnelle, s'inscrire dans un rapport de proximité qui donne un aspect personnalisé à la relation, encourageant de ce fait le développement d'une alliance intersubjective entre les acteurs. L'approche interculturelle, basée sur l'ouverture, le respect, l'écoute et la reconnaissance des différences, suggère de multiplier les interactions pour favoriser une réelle rencontre :

[...] car c'est dans ces interactions qui se déroulent à l'intérieur de cadres institutionnels que les individus sont obligés de communiquer, de dialoguer pour construire ensemble une représentation conjointe, "coconstruire" des réalités dans lesquelles ils vivent à l'intérieur d'une relation interpersonnelle satisfaisante pour tous (Pagé, 1991, cité dans Cohen-Emerique, 1993, p. 84).

D'où la mise en scène possible de traits identitaires variés permettant la découverte d'affinités qui débordent souvent du cadre strictement professionnel de l'intervention. Nous ajoutons que c'est la reconnaissance de l'existence de cultures chez les acteurs (celles de l'intervenant et celles du client) qui permet de considérer les différences ethnoculturelles comme une barrière franchissable. D'où aussi l'existence de stratégies communicationnelles adaptatives¹³⁶, dont l'utilisation du langage non verbal, qui servent à outrepasser la barrière linguistique, montrant ainsi que la langue, bien que demeurant un outil de prédilection, n'est pas le seul moyen d'entrer en relation dans le contexte du soutien à domicile.

¹³⁶ Battaglini (2000b) mentionne à ce titre que « [...] la langue et la communication font appel à des enjeux de nature différente. La langue soulève la question de l'accessibilité et la communication celle de l'adaptation des services» (p. 68).

C'est aussi la reconnaissance simultanée de la singularité, de la diversité et l'universalité qui donne l'opportunité aux intervenants «de comprendre l'être humain dans sa diversité, et de saisir la diversité à partir du familier, du proche, de l'ordinaire, du quotidien du plus simple» (Saillant, 2000, p. 162). La réflexion des intervenants concernant les personnes âgées qu'ils desservent nous montre qu'ils les perçoivent comme étant égales à la base (universalité), diversifiées dans leurs habitudes et conditions de vie (diversité) et uniques (singularité) de par leur valeurs, leurs croyances, leur histoire, leurs habitudes. La prise en compte de cette triple dynamique contribue à la création d'un espace commun entre l'intervenant et son client car «Dans la diversité, il y a [...] ce fait indéniable de chercher à créer quelque chose qui nous serait commun, parce que sans cette condition du commun, il n'y a plus de condition humaine» (Saillant, 2000, p. 168).

On constate toute l'importance accordée à la dimension relationnelle dans l'intervention puisqu'elle est ce qui permet la personnalisation des services et, par ricochet, la réussite de l'intervention. Le lien qui se tisse au fil des rencontres et au fil du temps est ce qui explique, en grande partie, la raison pour laquelle la rencontre intervenant-client en soutien à domicile remplit les conditions pour le développement d'une pratique interculturelle basée sur la proximité. Cette dernière variera cependant en fonction des objectifs, des attentes, des besoins et des perceptions de chaque acteur mais elle se modulera aussi en fonction des ressources disponibles et de la logique de gestion des services.

C'est ici que nos analyses ont fait émerger la présence d'un enjeu interculturel dépassant celui de la rencontre intervenant-personne âgée immigrante. Celui-ci se situe à un autre niveau puisqu'il met en scène les **cultures institutionnelles et organisationnelles**, inscrites dans la nouvelle gestion des services publics (travail prescrit), et **la culture du service** telle que vécue par les intervenants sur le terrain

(travail réel), laquelle exige temps, relation, communication et continuité du personnel pour garantir la qualité du travail, la qualité de vie des personnes âgées et la qualité de vie au travail... non pas seulement celle des auxiliaires, comme l'indique souvent la littérature qui s'est penchée sur la question, mais de tous ceux qui œuvrent en SAD... contexte pluriethnique ou non.

Les logiques institutionnelles ainsi que les finalités organisationnelles entraînent de plus un conflit de loyauté entre la perception qu'ont les intervenants de leur travail (faire de l'accompagnement, faire du bien au client, servir de lien social), entre la mission telle qu'énoncée par les politiques du soutien à domicile (faire de l'éducation pour permettre aux personnes âgées de demeurer autonomes et en sécurité le plus longtemps possible à leur domicile; prendre en compte les cultures individuelles et familiales) et entre ce que l'organisation exige pour adapter les services au modèle managérial. Le désaveu du travail réel au profit d'un travail prescrit axé sur la rationalisation, la productivité et la dimension technique de l'intervention omet de considérer, comme l'affirme Gaulejac (2011), «les valeurs qui ont conduit les intervenants à choisir ce métier» (p. 12). Ainsi «*Prendre le temps avec les personnes âgées*» parce que «*c'est de ça qu'elles ont besoin*» ou «*faire du bien et ne pas juste leur donner des soins*», sont des dimensions de l'intervention chères à plusieurs intervenants qui craignent que le «soutien à domicile» ne devienne qu'un simple «service à domicile». La tendance qui cherche à uniformiser les tâches, les services et les périodes allouées pour chaque client compromet selon eux le travail quotidien, font perdre son essence au soutien à domicile tout en fragilisant ses fondements puisque ces prescriptions ne favorisent pas l'établissement d'une relation personnalisée avec les personnes âgées : «*Plus de technique, moins d'humanité, ce n'est pas ça qui est demandé, mais c'est quand même ça qui arrive*» a souligné un travailleur social.

Rappelons que cette mise en parenthèse de la dimension relationnelle signifie, pour eux, la perte d'un espace de valorisation et de reconnaissance, si important pour la satisfaction qu'ils retirent de leur travail. Certains nous ont d'ailleurs partagé la souffrance qu'ils ressentent face à l'instrumentalisation de leur fonction puisqu'elle correspond à une perte de sens. Cette «dégradation subjective» du travail (Gaulejac, 2011, p. 207) ne touche pas que les intervenants. Elle a également un impact sur les personnes âgées et leurs familles puisque le client se voit lui aussi instrumentalisé. Lesemann affirmait déjà, en 2001 que «Le maintien à domicile frappe sa limite quand on l'inscrit dans une visée utilitariste» puisque cette pression à laquelle il est soumis peut «porter atteinte à la dynamique "naturelle" du soin» (p. 5).

Les changements apportés dans les services montrent, comme l'indique Battaglini (2000a), que l'institution et l'organisation, de par leur mission, leur bureaucratie, leur type d'administration, leur programmation et leurs exigences d'évaluation «conditionne[nt], dans une certaine mesure, la nature des rencontres entre professionnels et bénéficiaires» (p. 52). Cet auteur reconnaît de plus que les normes fixées par les différents paliers administratifs peuvent «[...] parfois limiter, ou du moins délimiter, la marge de manœuvre des intervenants désirant prendre en considération la culture dans la pratique de santé» (p. 52).

On comprend dès lors pourquoi les intervenants réagissent si fortement aux transformations organisationnelles. Pour eux, le soutien à domicile n'est pas un lieu où l'efficacité se mesure par la rapidité réalisation des tâches et par l'augmentation de la charge de travail puisque s'en trouvent diminués le temps de visite donc, le temps de la relation, si précieuse aux plans humains et sociaux et en même temps essentielle au plan technique. Parfois encore plus essentielle auprès de la clientèle immigrante puisque l'acte de travail peut comporter des difficultés additionnelles et s'avérer plus complexe. Les transformations qui s'opèrent dans les services ont un impact non

négligeable sur la rencontre interculturelle puisque, comme nous l'avons vu tout au long de cette thèse, le temps et la relation sont les conditions qui permettent, en général, d'outrepasser les barrières relationnelles, ethnoculturelles, linguistiques et structurelles. Les écrits qui se penchent sur les conditions de réussite de l'intervention interculturelle mentionnent d'ailleurs qu'elle est d'abord une question de temps. Il faut comme l'écrit Cohen-Emerique (1993) « [...] "donner du temps au temps" car la découverte de l'univers de l'autre [...] est un processus d'apprentissage qui demande un temps de maturation progressive» (p. 80).

Ces principes ne peuvent être mis en pratique si les acteurs n'ont plus accès au temps et à la relation puisque la force de l'intervention en SAD repose sur l'existence potentielle d'une rencontre réelle entre deux sujets et non seulement entre un intervenant et un client. Ce sont ces éléments qui favorisent, via le respect et la reconnaissance des différences, la «compréhension de l'altérité» et la modulation des soins et des services qui, par le biais d'une sorte de négociation informelle «laisse au malade et au soignant le sentiment d'avoir été compris et reconnu» (Le Breton, 1989, p. 169). C'est ainsi que la proximité peut finir par avoir raison de la distance culturelle (McAll, Tremblay, LeGoff, 1997).

Convenons que «L'expérience et le vécu des clients seront toujours singuliers, ils ne peuvent se réduire à des rôles, à des règles prescrites et à des modèles» (Saillant et Gagnon, 1999, p. 12). Mais retenons surtout que :

Le maintien à domicile s'inscrit au cœur de la critique de la conception systémique de l'organisation de la santé. La pratique des soins familiaux est au cœur de la contestation vivante des pratiques dominantes de la société centrée sur la productivité, l'efficacité, la technique, la compétition, la performance, le rapport coût/bénéfices, etc. Elle relève de la relation de vie, du don, de l'échange, de la convivialité, de la production de sens, de la dignité, du respect, de l'honneur (Lesemann, 2001, p. 4-5).

Plutôt que de considérer la part relationnelle comme une part invisible du travail, ce qui a pour effet de minimiser son importance, il serait important de maximiser cette dimension de la pratique en raison de l'immense potentiel qu'elle recèle (Paquet, Mario, 2001a, p. 7). Tel que le souligne Piercy (2000), la prise en compte de ces éléments par l'institution est particulièrement importante : «*Health care policy makers must not overlook the benefits to both clients and workers of relationship development in home care services*» (p. 382-383).

Nos résultats montrent l'importance de sensibiliser les cadres et les gestionnaires à la part relationnelle de l'activité de travail puisque sans elle, le travail prescrit ne peut s'effectuer correctement.

CONCLUSION

Les humains doivent se reconnaître dans leur humanité commune, en même temps que reconnaître leur diversité tant individuelle que culturelle.

– Edgar Morin –

Nous avons, dans cette thèse, mis en relief les rapports qu'entretiennent, au quotidien, les intervenants du soutien à domicile avec leur clientèle âgée immigrante dans un contexte de diversité. Les notions de communication au travail, d'interaction, de relation, de liens ainsi que celles de contextes, de cultures, d'identités et d'ethnicité ont été au cœur de notre réflexion et de nos analyses. Le portrait que nous avons dressé de l'interaction professionnelle en soutien à domicile en contexte pluriethnique pourrait contribuer à la reconnaissance des pratiques et des interventions tout en servant de base pour guider des décisions dans ce domaine précis de l'intervention.

L'apport de cette recherche s'est fait valoir dès le départ de notre collecte de données puisque les intervenants nous ont fait part du bienfait que leur avait procuré ce moment d'échange. Comme l'affirme Cognet (2004), «Les intervenants disposent de peu de temps pour s'arrêter et interroger leurs pratiques et en particulier, pour les questionner sur des dimensions qui s'éloignent a priori des applications directes» (p. 5). Plusieurs ont mentionné qu'ils avaient rarement l'occasion de parler de la dimension relationnelle dans leur travail et que l'opportunité d'en discuter avec des

collègues leur avait fait prendre conscience de toute l'importance que celle-ci prenait dans leur activité quotidienne.

Cette thèse apporte de plus des contributions aux niveaux méthodologique, empirique et théorique.

Rappelons que les activités de soins à domicile sont celles qui bénéficient de la plus faible reconnaissance dans les milieux professionnels et politiques ainsi que dans le secteur de la recherche (Cognet et Fortin, 2003, p. 160). L'interaction en SAD est, à ce titre, «un thème de recherche encore largement sous-documenté» (Cognet, Marguerite, 2000b, p. 76; voir aussi Saillant, Hagan, Boucher-Dancause, 1994). Certains éléments d'informations que nous avons fait ressortir permettent de fournir des éclairages originaux sur la part relationnelle du travail en SAD en milieu pluriethnique. Notre recherche aura entre autres dégagé une dimension peu abordée dans la littérature (Cognet, 2000b) soit, la présence, chez les intervenants, d'appartenances autres que professionnelles qui ont une influence sur le travail et la relation qui s'élabore avec les clients.

Nous n'avons pas, de plus, recensé de travaux qui ont produit une analyse fine des interactions intervenant-client immigrant comme nous l'avons fait. Cet élément se présente comme la grande originalité de notre recherche. Alors que la plupart des études portant sur la relation en soutien à domicile se sont concentrées sur les auxiliaires et les infirmières, nos recherches ont donné la parole à différents types d'intervenants, montrant de ce fait l'existence de différences en fonction des statuts professionnels, des rôles et des mandats. Nous avons aussi pu relever des points communs qui montrent la présence de valeurs communes et mettent en relief le décloisonnement des champs de pratique dans ce secteur d'activité.

La combinaison d'observations et de différents types d'entretiens nous a donné l'opportunité de mettre en perspective les comportements et les opinions, ce qui nous a permis de mieux saisir une réalité complexe. Cet agencement nous a aussi fourni l'occasion de confronter le «faire communicationnel et relationnel» et le «dire sur ce faire» tout en nous offrant l'opportunité d'appréhender la réalité à deux niveaux (descriptif et interprétatif) et de croiser nos analyses afin de montrer leur complémentarité en prouvant que: «si parole "dans" le travail et parole "sur" le travail ne se confondent pas, elles ne s'excluent nullement et peuvent être complémentaires» (Grosjean et Lacoste, 1999, p. 47-48). Cette combinaison de méthodes se sera révélée riche en informations puisque l'association de nos données aura à la fois généré une analyse fine des interactions entre les acteurs, tout en donnant accès aux motivations ainsi qu'aux fonctionnements cognitifs et affectifs des sujets.

Les observations nous ont donné l'opportunité de saisir «sur le vif» les communications et les phénomènes relationnels qui ont lieu lors de l'intervention. L'accumulation et la comparaison de ces observations nous aura permis de cerner les trames communes et les différences qui caractérisent les rencontres. Analysées conjointement avec les entretiens post-intervention, elles ont montré que cette relation peut prendre différentes formes, comporter différents degrés d'implication et reposer sur certains facteurs qui varieront en fonction du type de professionnel, des tâches à accomplir, de certaines données temporelles, mais aussi selon des facteurs d'ordre plus personnel tels, les attentes, la perception de son travail et la perception du type de relation qui doit être établie.

Les entretiens individuels et les entretiens de groupe ont quant à eux révélé les éléments implicites de l'intervention en milieu pluriethnique. L'importance de la dimension relationnelle s'est présentée comme une condition essentielle du travail en soutien à domicile puisque c'est la relation qui permet la création d'un lien de

confiance, vu comme un gage pour la mise en place et le maintien des services auprès de la clientèle âgée, que celle-ci soit immigrante ou non. Le lieu de l'intervention est aussi d'une importance capitale puisqu'il influence le rapport de place qui s'établit entre les intervenants et les clients, tout en transformant les intentions de communication et l'utilisation du langage. Des facteurs d'ordre temporels tels la fréquence, la durée des visites ainsi que la durée de la relation sont des conditions qui favorisent la mise en place d'une relation de proximité, inscrite dans une relation d'accompagnement. Les intervenants ont souligné que le temps et la relation sont cependant compromis par les changements organisationnels qui s'opèrent actuellement dans le réseau de la santé.

La clientèle qu'ils desservent est d'abord décrite en termes de diversité de pathologies, de statuts socio-économiques, de degrés d'éducation et de particularités territoriales plutôt qu'en termes de spécificités reliées à des différences ethniques ou culturelles. La diversité ethnoculturelle, vécue au quotidien, ainsi que la diversité d'appartenances des intervenants qui sont nombreux à avoir connu l'expérience migratoire, donnent une couleur particulière à la pratique et transforment les rapports entretenus avec l'ethnicité et la culture. La question de la prise en compte de la culture de chaque client est, quant à elle, décrite par les intervenants comme une des conditions de la réussite du travail en soutien à domicile puisqu'ils considèrent qu'ils doivent respecter les valeurs, les habitudes de chaque personne, peu importe son origine. Bref, c'est la prise en compte de la singularité donc, de l'existence de particularités chez chaque individu, qui facilite le travail en contexte de diversité. Les intervenants mentionnent toutefois que la présence de particularités ethnoculturelles pourra avoir un effet certain sur l'intervention, sur la relation et sur l'interaction. Ces différences – ou ces barrières – seront pour la plupart résolues par les conditions de pratique qui reposent sur le temps, la prise en compte de la culture, l'importance d'établir une relation, la régularité ainsi que la continuité dans les services. Il n'en

demeure pas moins qu'il existe des zones sensibles qui ont un effet sur la relation et qui révèlent la présence d'identités autres que professionnelles chez les intervenants.

Trois propositions théoriques ont émergé de nos réflexions. La première relève l'importance de la dimension temporelle dans l'intervention. La seconde fait ressortir la présence et l'influence de multiples espaces culturels qui agissent sur l'intervention, la relation, la communication et l'interaction. La troisième met en lumière le poids de l'ethnicité dans l'intervention. La quatrième se présente comme une synthèse des propositions et s'applique à mettre en commun les notions de relation, de communication, de cultures et d'ethnicité telles qu'elles sont ressorties dans nos analyses. Nos résultats montrent que peu importe l'origine du client, la relation et le temps demeurent les conditions essentielles pour favoriser une pratique de proximité. Dans cette optique, nous pouvons considérer qu'en soutien à domicile, communication interpersonnelle et communication interculturelle relèvent des mêmes principes. La présence de particularités ethnoculturelles pourra avoir une influence sur la relation, sur la communication et sur l'intervention, mais d'autres facteurs (conditions socio-économique, présence/absence de réseau, état de santé physique et mentale, attentes, traits de personnalité) auront un effet tout aussi important. Ces constats font ressortir la complexité et les rapports étroits entre culture et structure.

Nous reconnaissons cependant que nous avons accordé une place secondaire au poids des possibilités et des contraintes organisationnelle, institutionnelles et sociétales. Nous avons effleuré cette question et avons surtout investigué le vécu de ces dimensions. En restreignant l'influence de ces considérations organisationnelles et institutionnelles sur l'intervention, nous n'avons pu donner, comme nous l'aurions souhaité, une vue d'ensemble du travail en soutien à domicile. Une exploration plus poussée du travail prescrit ainsi qu'une confrontation entre les propos et le vécu des participants à la réalité des changements qui s'opèrent (politiques institutionnelles,

lignes directrices des coordonnateurs d'équipe) sont des pistes qui mériteraient d'être approfondies pour donner un portrait encore plus précis de la pratique en soutien à domicile. Une telle démarche de recherche nous permettrait de proposer des recommandations pour le soutien à domicile en le ancrant dans le contexte des changements organisationnels.

La mise en commun de nos résultats a engendré la révision de notre schéma conceptuel de départ, ce qui aura donné place à l'élaboration d'un modèle multiréférencié pouvant servir à l'analyse de l'interaction professionnelle en soutien à domicile en contexte pluriethnique. En identifiant le temps et les multiples espaces en interaction comme facteurs déterminants de l'interaction en SAD, le modèle développé représente un outil que d'autres chercheurs pourront reprendre pour l'analyse des interactions professionnelles dans ce secteur d'activités.

Une limite de cette étude se rapporte au nombre relativement restreint d'observations et de participants. C'est pourquoi nous nous gardons de toute généralisation en raison du caractère exploratoire de notre enquête. Ajoutons que les intervenants qui ont accepté de s'associer à notre projet l'ont fait de façon volontaire et se voulaient particulièrement ouverts à la diversité culturelle. La moitié d'entre eux avaient de plus connu l'expérience migratoire et possédaient une origine autre que canadienne-française ce qui, selon nos résultats, favorise la présence d'une sensibilité culturelle accrue tout en facilitant l'intervention auprès des migrants¹³⁷. Nous n'avons pas eu accès aux propos d'intervenants pour qui les différences ethnoculturelles auraient représenté un problème majeur. Nous sommes conscientes – des entrevues formelles et informelles nous l'ont confirmé – que les résultats de notre recherche n'auraient certes pas été les mêmes si nous avions effectué notre enquête de terrain dans des

¹³⁷ Il n'en demeure pas moins qu'ils ne sont pas exempts de préjugés et de certaines formes d'ethnocentrisme. Ce point mériterait d'être développé de façon plus approfondie.

secteurs plus homogènes où la diversité ethnoculturelle se veut moins présente. Il nous est cependant apparu pertinent d'avoir fait appel au savoir expérientiel de travailleurs possédant une pratique quotidienne de travail avec des personnes âgées provenant de différentes origines culturelles puisque leur vision de la culture et de l'ethnicité nous ont fait voir la diversité sous un angle plus subtil.

Nous n'avons pas eu non plus l'opportunité d'interroger un grand nombre de clients en raison des conjonctures qui se sont présentées lors des observations. Les quelques entrevues que nous avons menées avec eux se sont révélées riches en informations, mais les commentaires que nous avons obtenus ne doivent pas être considérés comme des conclusions définitives puisque seulement quatre personnes auront participé aux entretiens post-interventions. Accorder un plus grand espace de parole aux aînés immigrants qui reçoivent des services de soutien à domicile pourrait enrichir les résultats de cette étude.

Il est de plus apparu que l'intervention et l'interaction en soutien au domicile auprès des personnes âgées d'immigration récente soient plus complexes en raison de difficultés d'intégration reliées et de l'interdépendance de nombreux facteurs d'ordre structurels et culturels. Il serait intéressant de pousser plus loin nos travaux auprès de cette catégorie populationnelle puisque peu de recherches se sont concentrées sur les familles et les personnes âgées d'immigration récente (Lavoie et *al.*, 2006). Bien qu'une telle option représente un défi au niveau méthodologique, il nous apparaît important d'accorder un espace de parole à ces aînés afin d'avoir accès à leurs perceptions.

Est aussi ressortie de notre étude l'importance du collectif de travail, qui révèle le rôle fondamental joué par les auxiliaires auprès des clients et des autres membres de l'équipe. Cette dimension, qui fut fortement soulignée par les professionnels,

mériterait d'être étudiée plus en profondeur puisqu'elle montre l'importance du travail relationnel, non seulement pour le bénéfice des usagers, mais aussi pour toute l'équipe. Gagnon, David, Cloutier et *al.*, (2003), soulignent à cet effet que «La conscience et la prise en compte de l'apport et du potentiel de la dimension relationnelle du travail des AFS par les gestionnaires peut [...] contribuer à l'efficacité et à la qualité des soins fournis par un service de SAD» (p. 143-144).

Notre étude a de plus donné la parole à des intervenants de sexe masculin alors que la majorité des écrits se concentrent sur le travail des femmes. Nous n'avons pu réellement développer ce point dans notre thèse, mais des recherches futures pourraient mettre en relief le travail des hommes en soutien à domicile afin de «donner une envergure universelle au care, le dé-gendériser, c'est-à-dire l'extraire du piège de la morale féminine» (Tronto, citée par Molinier, 2010).

La contribution majeure de cette étude repose, à notre avis, sur l'utilisation d'un cadre conceptuel multiréférencié qui nous a donné l'opportunité d'aborder le phénomène à l'étude à l'aide de différentes perspectives, de différentes méthodes et de différents outils de collecte qui, une fois combinés, ont permis l'élaboration de propositions théoriques et d'un modèle qui regroupent les dimensions dynamiques, intersubjectives, subjectives, sociales, culturelles et structurelles qui caractérisent l'interaction en soutien à domicile en contexte pluriethnique. Nous estimons que le modèle que nous avons développé pourrait s'appliquer à l'analyse de toute rencontre en soutien à domicile auprès des personnes âgées puisque la mise en intrigue de l'élément culturel aura permis de faire ressortir la présence de multiples espaces culturels (cultures institutionnelles et organisationnelles, culture du service, cultures professionnelles, culture du domicile), ainsi que différents facteurs d'ordre structurel (conditions socio-économiques, présence/absence de réseau, etc.) qui ont autant d'influence sur l'intervention, la relation, la communication et l'interaction que les

appartenances ethnoculturelle des intervenants et des clients. Nous nous inscrivons dans la volonté de Kyriakos (1998) qui souhaite créer un nouveau paradigme qui dépassera l'analyse des variations à l'intérieur des différents groupes ethnoculturels : *«At some point, our conceptual understanding of reality will be so developed that current traditional ethnic classifications will lose their meaning and value»* (p. 131). Cette façon de concevoir la rencontre interculturelle nous rappelle que peu importe l'origine des clients et des intervenants, «le [soutien] à domicile est bien plus qu'une question de services et d'actes médicaux. [Il est] d'abord une question de liens entre humains» (Paquet, 2001a, p. 7).

BIBLIOGRAPHIE

Abdallah-Pretceille, Martine (1999a). «La communication interculturelle, du cliché à l'énigme». Dans *Diagonales de la communication interculturelle*, sous la dir. de Martine Abdallah-Pretceille et Louis Porcher. Paris, Anthropos, p. 7-22.

Abdallah-Pretceille, Martine (1999b). *L'éducation interculturelle*. Coll. «Que sais-je?» Paris, Presses Universitaires de France.

Abdallah-Pretceille, Martine (1989). «L'école face au défi pluraliste». Dans *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, sous la dir. de Carmel Camilleri et Margalit Cohen-Emerique. Paris, L'Harmattan, p. 225-246.

Abdallah-Pretceille, Martine et Louis Porcher (1996). *Éducation et communication interculturelle*. Paris, Presses Universitaires de France.

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2005). *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Enjeux-perspectives-balises régionales*. Montréal.

Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux (2000). *Vieillir en contexte migratoire. Revue de la littérature. Deuxième édition*. Montréal, ACCÉSSS.

Althabe, G. (1990). «L'ethnologue et sa discipline». *L'homme et la société*, no 95-96, p. 25-41.

Amiguet, Olivier et Claude Julier (2003). *L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Genève, Éditions IES.

Anadón, Marta (2006). «La recherche dite "qualitative": de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents». *Recherches qualitatives*, vol. 26, no 1, p. 5-31.

Aronson, J., et S. M. Neysmith (1996). «You're not just in there to do the work»: Depersonalizing policies and the exploitation of home care workers' labor». *Gender & Society*, vol. 10, p. 59-77.

Arpin, J. (1992). « L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans la relation avec le patient ». *Santé mentale au Québec*, vol. 17, p. 99-112.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003). *Harmonisation des services de soutien à domicile. Le service de soutien à domicile. La vision des CLSC, des Centres de santé et des CHSLD*. Montréal.

Atkinson, P. (1991). «Supervising the text». *International Journal of Qualitative Studies in Education*, vol. 4, no 2, p. 161-164.

Attias-Donfut, Claudine (2005). «Santé et vieillissement des immigrants». *Retraite et société*, vol. 3, no 46, p. 89-129.

Avarguez, Sophie (2009). «Travail prescrit, travail réel, travail vécu : trois dimensions constitutives de l'activité». *L'emprise des prescriptions sur le travail*. Journée du séminaire du chantier Travail, Institut de recherche de la FSU.

Bachoub, P. (2010). «Aspects du care et de "l'éthique du care" en psychiatrie». *Sciences humaines*, vol. 8, p. 152-157.

Baribeau, Colette (2005). «L'instrumentation dans la collecte de données. Le journal de bord du chercheur». *Recherches qualitatives*. Hors-Série no 2, p. 98-114.

Baribeau, Colette et Mélanie Germain (coll.) (2010). «L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques». *Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages I. Recherches qualitatives*, vol. 29, no 1, p. 28-49.

Baribeau, Colette, Jason Luckerhoff et François Guillemette (2010). « Les entretiens de groupe ». *Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages I. Recherches qualitatives*, vol. 29, no 1, p. 1-4.

Barrette, Christian, Édith Gaudet et Denise Lemay (1993). *Guide de communication interculturelle*. Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique.

Bass, D. M., et L. S. Noelker (1987). «The influence of family caregivers on elders' use of in-home services». *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 28, p. 184-196.

Battaglini, Alex (dir.) (2010). *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*. Anjou, Éditions Saint-Martin.

Battaglini, Alex (2004). « Penser une évaluation éthique ajustée à la recherche qualitative ». Dans *Éthique et recherche qualitative dans le secteur de la santé : Échanges sur les défis*. Actes du colloque présenté dans le cadre du 72^e Congrès de l'ACFAS, sous la dir. D'Hubert Doucet, Édith Gaudreau et Marie-Angèle Grimaud. Montréal, ACFAS, p. 107-118.

Battaglini, Alex (2000a). « Pluralité sociale et pluralité des mots ». Dans *Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste*. Sous la dir. de Sylvie Gravel et Alex Battaglini. Montréal, Direction de la Santé publique, p. 23 à 53.

Battaglini, Alex (2000b). « Culture et santé ». Dans *Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste*. Sous la dir. de Sylvie Gravel et Alex Battaglini. Montréal, Direction de la Santé publique, p. 57-75.

Battaglini, Alex et coll. (2005). *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*. Montréal, Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Battaglini, Alex et Sylvie Gravel (2000). « Diversité culturelle et planification de la santé ». Dans *Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste*. Sous la dir. de Sylvie Gravel et Alex Battaglini. Montréal, Direction de la Santé publique, p. 79-127.

Benner P. et J. Wrubel (1989). *The Primacy of Caring, Stress and Coping in Health and Illness*. Addison-Wesley, Menlo Park, California.

Benoît, Jean-Claude, J. A. Malarewicz, J. Beaujean et al. (1988). « Écosystémique », Dans *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris, ESF.

Bercot, R. (2006). « La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles ». *Négociations*, vol. 1, no 3, p. 35-49.

Berger, P. L., et T. Luckman (1986). *La construction sociale de la réalité*, 2^e édition. Paris, Méridiens-Klincksieck.

Bergeron, Henri et Patrick Castel (2010). « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins ». *Sociologie du travail*, vol. 52, p. 441-460.

Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Paris, Nathan.

Blanchet, Alain et Anne Gotman (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan.

Blin, Jean-François (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris, l'Harmattan.

Bonnet, Magalie (2008). «Relation d'aide et aide à la relation en gérontologie». *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 2, no 6, p. 107-121;

Bonnet, Magalie (2006), «Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation», *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 1, no 1, p. 73-85.

Bonnet, Magalie et Jean-Pierre Minary (2004). «L'aide professionnelle à domicile pour les personnes âgées : les conditions d'une relation d'intimité professionnelle», *Connexions*, vol. 1, no 81, p. 91-109.

Borzeix, Annie, Josiane Boutet et Béatrice Fraenkel (2001). *Langage et travail. Communication, cognition, action*. Paris, CNRS Éditions.

Bouchard, Gérard et Charles Taylor (2008). *Fonder l'avenir. Le temps de la conciliation. Rapport abrégé*. Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles. Gouvernement du Québec.

Bourque, Renée (2000). Les mécanismes d'exclusion des immigrants et des réfugiés. Dans *L'intervention interculturelle*, sous la dir. De Gisèle Legault. Montréal, Gaétan Morin, p. 85-108.

Brouillet, Michèle-Isis et Colette Deaudelin (1994). «Étude écosystémique d'un entretien de supervision de stage». *Revue des sciences de l'éducation*, vol. XX, no 3, p. 443 à 466.

Burton L., Judith Kasper, Andrew Shore et al. (1995). «The Structure of Informal Care: Are There Differences by Race?», *The Gerontologist*, vol. 35, p. 744-752.

Cabin (1999). «Communication et organisation». Dans *Les organisations. État des savoirs*. Sous la coord. De Philippe Cabin. Paris, Sciences Humaines, p. 81-88.

Camilleri, Carmel (1995). «Relations et apprentissages interculturels : réflexion d'ensemble». Dans *Relations et apprentissages interculturels*, Martine Abdallah-Pretceille et T. Alexander (éd.), Paris, Armand Colin, p. 135-144.

Camilleri, Carmel (1989a). «La communication dans la perspective interculturelle». Dans *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, sous la direction de Carmel Camilleri et Margalit Cohen-Emerique. Paris, L'Harmattan, p. 363-398.

Camilleri, Carmel (1989b). «La culture et l'identité culturelle: champ notionnel et devenir». Dans *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, sous la direction de Carmel Camilleri et Margalit Cohen-Emerique. Paris, L'Harmattan, p. 21-73.

Camilleri, Carmel et Margalit Cohen Emerique (1989), «Avant-propos». Dans *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Sous la dir. de Carmel Camilleri et Margalit Cohen-Emerique. Paris, L'Harmattan, p. 13-17.

Camilleri, Carmel et Geneviève Vinsonneau (1996). *Psychologie et culture: Concepts et méthodes*. Paris, Armand Colin.

Cantor, Marjorie H. et Mark Brennan (2000), *Social Care of the Elderly: The Effects of Ethnicity, Class and Culture*, Springer, New York.

Canut-Hobe, C. (2004). «Sociolinguistique et ethnographie de la communication. III. Le guide de l'enquêteur», Montpellier, Département Sciences du Langage. [En ligne], URL : <http://asl.univ-montp3.fr/e51mcm/guide.pdf>, consulté le 11 février 2012.

Caradec, Vincent (1999). «L'aide ménagère : entre technique et relationnel, entre logique personnelle et logique professionnelle». *Cahiers de l'Unassad*, no 1, p. 5-23.

Carrière, Monique, Audette Bédard, Francine Blackburn et Anick Mercier (2009). «Vivre la proximité dans la formation professionnelle initiale. Un moyen d'en faire une réalité dans les pratiques». Dans *Proximités. Liens, accompagnement et soin*, sous la dir. de Michèle Clément, Lucie Gélinau et Anaïs-Monica McKay. Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 285-302.

Centre de Santé et de Services Sociaux de la Montagne (2007). *L'adaptation reliée à la gestion de la diversité dans le secteur de la santé et des services sociaux de la région de Montréal*. Mémoire présenté par le CSSS de la Montagne à la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles. Montréal.

Centre de Santé et de Services Sociaux de la Montagne (2006). *Projet clinique continuum de services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. État de la situation, décembre 2006*. Montréal, CSSS de la Montagne, Direction du

programme Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Avec le soutien de la direction de la qualité de la mission universitaire et de la pratique multidisciplinaire

Centre de recherche et d'expertise de gérontologie sociale (CREGÉS), Centre de santé et de services sociaux Cavendish, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux, Institut Interculturel de Montréal, (2007). *Si c'était à refaire..., être immigrant et âgé au Québec*, Symposium, Montréal.

Champoux, Nathalie, Paule Lebel et Luce Gosselin (2005). «Les personnes âgées et leurs proches». Dans *La communication professionnelle en santé*, sous la dir. de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier. Québec, Les Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 387-399.

Chanlat, Jean-François (1990). *L'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées*. Ste-Foy, Presses de l'université Laval.

Charpentier, Michèle (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse ? Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*. Montréal, Presses de l'Université du Québec à Montréal.

Chiffe, J.-C. (1983). *Les interactions verbales entre un médecin et son patient*. Derbh, Université de Lyon.

Cicourel, A. (2002). *Le raisonnement médical. Une approche sociocognitive*. Paris, Le Seuil.

Clanet, Claude (1994). «L'interculturel et l'articulation des approches disciplinaires». Dans *Cultures ouvertes. Sociétés interculturelles. Du contact à l'interaction*, vol. 2, sous la dir. de C. Labat et G. Vermès. Paris, L'Harmattan, p. 399-418.

Clanet, Claude (1993). *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en Education et en Sciences Humaines*, 2^e édition. Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.

Clément, Michèle et Lucie Gélinau (2009). «Figures, voies et tensions de la proximité. Introduction». Dans *Proximités. Liens, accompagnement et soin*, sous la dir. de Michèle Clément, Lucie Gélinau et Anaïs-Monica McKay. Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 1-13.

Clément, S. et J.-P. Lavoie (2001). «L'interface aide formelle-aide informelle : au confluent de rationalités divergentes». Dans *Personnes âgées dépendantes en France*

et au Québec. *Qualité de vie, pratiques et politiques*, sous la dir. de J.-C. Henrard, O. Firbank, S. Clément et al. Paris, Inserm, p. 97-120.

Cognet, Marguerite (2010). «Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité des États». *L'Homme et la société*, no 176-177, p. 101-129.

Cognet, Marguerite (2004). «Quand l'infirmière est noire. Les soins et services de santé dans un contexte raciste». *Face à face*, no 6, p. 1-12.

Cognet, Marguerite (2002). «Les enjeux de territoires et d'identités dans le travail des auxiliaires familiaux et sociaux des centres locaux de services communautaires du Québec». *Sciences sociales et santé*, vol. 20, no 3, p. 37-64.

Cognet, Marguerite (2001). «Quand l'ethnicité colore les relations à l'hôpital». *Entrevues*. Hors-Série, no 1233, p. 101-107.

Cognet, Marguerite (2000a). «Territoires du travail et enjeu identitaire chez les auxiliaires familiaux des centres locaux de services communautaires (CLSC)». *Les Cahiers du GRES*, vol. 1, no 1, p. 2-13.

Cognet, Marguerite, (2000b). «Ethnicité et santé : quelques pistes de recherche». *Les Cahiers du Cériem*, no 6, p. 69-80.

Cognet, Marguerite et Sylvie Fortin (2003). «Le poids du genre et de l'ethnicité dans la division du travail en santé». *RIAC*, no 49, p. 155-172.

Cognet Marguerite et Catherine Montgomery (éd.) (2007). *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*. Collection Sociétés, cultures et santé. Presses de l'Université, Laval,

Cognet, Marguerite et Laurent Raigneau (2002). «Le genre et l'ethnicité : les critères voilés de la délégation des actes de santé». *Les Cahiers du GRES*, vol. 3, no 1, p. 25-38.

Cognet, Marguerite et M. Verghnes (coll). (2001). *Services de santé et services sociaux en milieu pluriethnique. Bilan critique de recherche 1997-2000*, Montréal, Les publications du Centre de recherche et formation du CLSC Côte-des-Neiges, no 8, 213 p.

Cohen-Emerique, Margalit (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques*. Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publiques.

Cohen-Emerique, Margalit (1993). «L'approche interculturelle dans le processus d'aide». *Santé mentale au Québec*, vol., XVIII, no 1, p. 71-92.

Cohen-Emerique, Margalit (1992). «La tolérance face à la différence, cela s'apprend». *Intercultures*, no 16, p. 77-92.

Cohen-Emerique, Margalit (1989). «Travailleurs sociaux et migrants. La reconnaissance identitaire dans le processus d'aide». Dans *Choc de cultures : Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, sous la dir. de Carmel Camilleri et Margalit Cohen-Emerique. Paris, l'Harmattan, p. 77-115.

Cohen-Emerique, Margalit et Sonia Fayman (2005). «Médiateurs interculturels, passerelles d'identités». *Connexions*, vol. 1, no 83, p. 169-190.

Connell, C.M. et G. D. Gibson (1997). «Racial, Ethnic, and Cultural Differences in Dementia Caregiving : Review and Analysis». *The Gerontologist*, vol. 37, no 3, p. 355-364.

Conseil des aînés (2001). *La réalité des aînés québécois*, 2^e édition. Québec, Les Publications du Québec.

Corbin, Juliet (1992). «Le soin: cadre théorique pour un cheminement interactif». *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 28, no 68, p. 39-49.

Corbin, Juliet et Anselm Strauss (1990). «Making arrangements : the key to homecare». Dans *The Home Care Experience*, J. Gubrium et A. Sankar (éd.). Newbury Park, Sage.

Corbin, Juliet et Anselm Strauss (1988). *Unending Work and Care. Managing Chronic Illness at Home*. San Fransisco, Jossey-Bass.

Cormier, Solange (2004). *La communication et la gestion*. Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec.

Cosnier, Jacques (2005). «Les gestes du dialogue». Dans *La communication. État des savoirs*, 2^e édition, sous la coord. de Philippe Cabin. Paris, Sciences humaines, p. 115-122.

Cosnier, Jacques (1993). «Les interactions en milieu soignant» dans *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*, sous la dir. de J. Cosnier, M. Lacoste et M. Grosjean. Lyon, Presses universitaires de Lyon.

Cosnier, Jacques, Michèle Grosjean et Michèle Lacoste (1993). *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*. Presses universitaires de Lyon.

Couturier, Yves (2002). «Champ sémantique de l'intervention et formes transdisciplinaires du travail : le cas de la rencontre interprofessionnelle des infirmières et des travailleuses sociales en CLSC». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 15, no 1, p. 147-164.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design : Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, Sage.

Cuche, Denys (2001). *La notion de culture dans les sciences sociales*. coll. «Repères», no 250. Paris, La Découverte.

Dalton, Joanne (2005). «Client-caregiver-nurse coalition formation in decision-making situations during home visits». *Journal of Advanced Nursing*, vol. 52, no 3, p. 291-299.

De Gaulejac, Vincent (2011). *Les raisons de la colère*. Paris, Seuil.

Dejours, Christophe (2001). *Plaisir et souffrance dans le travail*, 3^e édition. Paris, AOCIP.

Denzin, N.K. et Y. S. Lincoln (2005). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, 3e éd. Thousand Oaks, CA, Sage.

Derèze, Gérard (2009). *Méthodes empiriques de recherche en communication*. Bruxelles, De Boeck.

Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal, McGraw-Hill.

Di Giovanni, Jérôme, Miriam Del Pozo, Léonor Retamal et al. (2004). *Document de sensibilisation sur la réalité et les besoins des personnes âgées de 65 ans et plus et membres des communautés ethnoculturelles*. Montréal, Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux (ACCÉSSS).

Dilworth-Anderson, Peggy; Ishan Canty Williams et Brent E. Gibson (2002). «Issues of Race, Ethnicity, and Culture in Caregiving Research: A 20-Year Review (1980–2000)», *The Gerontologist*, vol. 42, no 2, p. 237-272.

Dionne, Liliane (2009). «Analyser et comprendre le phénomène de la collaboration entre enseignants par la théorie enracinée: regard épistémologique et méthodologique». *Recherches qualitatives*, vol. 28, no 1, p. 76-105.

Djaoui Elian (2007). «De l'intimité du professionnel dans l'intervention au domicile». *Gérontologie et société*, vol. 3, no 122, p. 157-162.

Djaoui Elian (2004). *Intervenir au domicile*. Rennes, Éditions de l'École Nationale de Santé Publique.

Drieger Leo et Neena Chappell (1987). *Aging and Ethnicity : Toward an Interface*. Toronto et Vancouver, Butterworths.

Dubar, Claude (2000). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin.

Dubar, Claude et Pierre Tripier (1998). *La sociologie des professions*. Paris, Armand Colin.

Ducharme, Francine, Paule Lebel et Howard Bergman (2001). «Vieillesse et soins, l'urgence d'offrir des services de santé intégrés aux familles du XXI^e siècle». *Ruptures. Revue interdisciplinaire en santé*, vol. 8, no 2, p. 110-121.

Ducharme, Francine, Mario Paquet, Bilkis Vissandjée, Normand Carpentier, Louise Lévesque et Denise Trudeau (2008). «Des services à domicile culturellement sensibles : perspective des intervenants et des proches-aidants originaires d'Haïti en tant que cas traceur». *Canadian Journal on Aging/ La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 27, no 2, p. 191-205.

Dumont-Lemasson (1994). «Des services de soutien à domicile fragiles pour une clientèle vulnérable». *Service social*, vol. 43, no 1, p. 47-65.

Dunn, J. R., et I. Dyck (2000). «Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey». *Social Science and Medicine*, vol. 51, 1573-1593.

Edmunds, H. (1999). *The focus group : Research handbook*. Chicago, NTC, Business Books/American Marketing Association.

Elliott, Susan J. et Joan Gillie (1998). «Moving experiences: a qualitative analysis of health and migration». *Health & Place*, vol. 4, no 4, p. 327-339.

Eustis, N. N. et L. R. Fischer (1991). «Relationships between home care clients and their workers: Implications for quality of care». *The Gerontologist*, vol. 31, p. 447-456.

Falzon, P., et S. Lapeyrière (1998). «L'utilisateur et l'opérateur : ergonomie et relations de service». *Le Travail Humain*, vol. 61, no 1, p. 69-90.

Firbank, Oscar (2003). «Sonder l'opinion des personnes âgées quant à la qualité des services à domicile : approches, instruments, constats». *Santé, société et solidarité. Vieillesse et santé II : le troisième séminaire franco-québécois*. Ste-Foy, ministère de la santé et des services sociaux, p. 95-115.

Firbank, Oscar (2001). «Poids des facteurs culturels dans les pratiques de consommation des services sociaux et de santé des aidants informels». Dans *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*, sous la dir. de J.-C. Henrard, J.-C., O. Firbank, S. Clément et al. Paris, Inserm, p. 121-142.

Fischer, Gustave-Nicolas (2005a). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Dunod.

Fischer, Gustave-Nicolas (2005b). «Les espaces de travail. Enjeux humains». Dans *La communication : État des savoirs*, sous la coord. De Philippe Cabin. Paris, Sciences humaines, p. 175-184.

Fisher, B.A. (1978). *Perspectives on human communication*. New York, Macmillan, p. 145.

Flick, U. (2002). «Qualitative research – state of the art». *Social science information*, vol. 41, no 1, p. 5-24.

Fortin, Sylvie et Elisha Laprise (2007). «L'espace clinique comme espace social». Dans *Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux* Sous la dir. de Marguerite Cognet et Catherine Montgomery. Laval, Presses de l'Université Laval, p. 191-214.

Fostier, Pierrik (2005). «Les patients de culture différente». Dans *La communication professionnelle en santé*, sous la dir. de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier. Québec, Les Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 461-482.

Frankel, R. et H. Beckman (1982). «Impact : An Interaction-Based Method for Preserving and Analyzing Clinical Transactions». Dans *Explorations in Provider and Patient Interaction*. Nashville, Humana.

Gagnon, Eric (2009). «Une société d'accompagnement». Dans *Proximités. Lien, accompagnement et soins*, sous la dir. de Michèle Clément, Lucie Gélinau et Anaïs-Monica McKay. Laval, Presses de l'université du Québec, p. 333-353.

Gagnon, Eric (2001). «Soins domestiques et services publics. Une transformation de l'espace des soins au Québec», Chapitre XI, dans *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, sous la dir. de Bernard Hours. Karthala.

Gagnon, Eric, Nancy Guberman, Denyse Côté et al. (2002). «Les soins à domicile dans le contexte du virage ambulatoire». *L'infirmière du Québec*, vol. 10, no 2, p. 13-24.

Gagnon Eric et Francine Saillant avec la coll. de Catherine Montgomery, Steve Paquet et Robert Sévigny (2000). *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 2000.

Gagnon, Eric, Francine Saillant, Catherine Montgomery et al. (1999). *Pratiques de soins et figures du lien. Étude des services des organismes intermédiaires dans le domaine de l'aide et de soin à domicile au Québec*. Centre de recherche sur les services communautaires Université Laval et Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-neiges Université McGill. Québec, Centre de recherche sur les services communautaires.

Gagnon, Isabelle, Hélène David, Esther Cloutier, François Ouellet, Élise Ledoux, Madeleine Bourdouxhe et Martine Teiger (2003). «Organisation du travail et développement de stratégies protectrices : cas d'auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile». *Gérontologie et société*, no 107, p. 131-148.

Gajo, Laurent (2004). «Introduction». In *Langue de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins*. Laurent Gajo, éd. *Cahiers de L'ILSL*, no 16, Université de Lausanne, p. 1-6.

Garfinkel, Harold (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood, Prentice-Hall.

Gauthier, Hervé (2004). «Les personnes âgées et le vieillissement démographique». *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, vol. 1 Institut de la statistique du Québec, Québec, gouvernement du Québec. [Version électronique : <http://www.stat.gouv.qc.ca> (page consultée le 12 octobre 2011)]

Gelfand, Donald (2003). *Aging and Ethnicity: Knowledge and Services*, 2e éd., New York, Springer Publishers Co.

Gelfand, Donald (1994). *Aging and Ethnicity : Knowledge and Services*, New York, Springer Publishing Company.

Gernet, Isabelle et Florence Chekroun (2008). «Travail et genèse de la violence : à propos des soins aux personnes âgées». *Travailler*, vol. 2, no 20, p. 41-59.

Gibson, Rose C. et Eleanor P. Stoller (1998). «Applied Gerontology and Minority Aging : A Millennial Goal», vol. 17, p. 124-128.

Giroux, Lise (2005). «Les modèles de relation médecin-patient». Dans *La communication professionnelle en santé*, sous la dir. de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier dir. Québec, Les Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 113-143.

Giroux, Nicole et Christiane Demers (1998). «Communication organisationnelle et stratégie». *Management international/International Management*, vol. 2, no 2, p. 17-32.

Glaser, Barney G. (1992), *Basics of Grounded Theory Analysis*. Mill Valley, CA, Sociology Press.

Glaser, Barney G. (1978). *Theoretical sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory*. Mill Valley, CA, Sociology Press.

Glaser, B. G. et Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York, Adine de Gruyter.

Godard, Béatrice (2004). «Vers une éthique de la recherche adaptée. La recherche qualitative dans le secteur de la santé : le point de vue d'une chercheuse ». Dans *Éthique et recherche qualitative dans le secteur de la santé : Échanges sur les défis*. Doucet, Hubert, Gaudreau, Edith et Grimaud, Marie Angèle. Actes du colloque présenté dans le cadre du 72^e Congrès de l'ACFAS. Montréal, ACFAS, p. 87-97.

Goffman, Erving (1987). *Façons de parler*. Paris, Minuit.

Goffman, Erving (1967), *Les rites d'interaction*. Paris, Minuit.

Gouvernement du Québec (2008). *La diversité, une valeur ajoutée. Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec*. 2008-

2013. Québec, Direction des affaires publiques et des communications du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles

Gravel, Chantal (2005). *Le défi du monde de la santé. Comment humaniser les soins et les organisations*. Québec, Presses de l'université du Québec.

Gohier, Christiane (2004). «De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative». *Recherches qualitatives*, vol. 24, p. 3-17.

Greene, Michele G., Déborah S. Majerovitz, Ronald D. Adelman, et Connie Rizzo (1994). «The Effects of the Presence of a Third Person on the Physician-Older Patient Medical Interview». *Journal of American Geriatric society*, vol. 42, no 4, p. 413-419.

Groger, Lisa (1998). «No Target, No Practice». *Journal of Applied Gerontology*, vol. 17, p. 119-123.

Grosjean, Michèle et Michèle Lacoste (1999). *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*. Paris, PUF.

Guba, E.G. (1981). «Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries». *Educational communication and technology journal*, vol. 29, no 2, p. 75-91.

Guberman, Nancy et Pierre Maheu (2001). «Les soignantes familiales vues par le réseau formel : co-clientes, ressources, co-intervenantes ou partenaires». Dans *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*, sous la dir. de J.-C. Henrard, O. Firbank, S. Clément et al. Paris, Inserm, p. 45-62.

Guberman, Nancy et Pierre Maheu (1998). La réalité des familles ethnoculturelles qui prennent soin d'un proche âgé : implication pour l'intervention et Intervenir auprès des familles d'origine ethnoculturelles responsables d'un proche âgé dépendant en quoi est-ce différent? Document d'accompagnement pour la session de réflexion, CRF-CLSC CDN et UQAM.

Guberman, Nancy et Maheu, Pierre (1997). *Les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne*. Montréal, Editions du Remue-Ménage.

Guberman, Nancy et Pierre Maheu (1994). «Au-delà des soins : un travail de conciliation». *Service social*, vol. 43, no 1, p. 87-104.

- Gudykunst, B. William et Young Yun Kim (1992). *Communicating with Strangers. An Approach to Intercultural Communication*, 2^e éd. New-York, McGraw Hill.
- Gudykunst B. et Chua E. Nishida T., (1986). «Uncertainty reduction in Japanese-North-American dyads». *Communication Research Reports*, no 3, p. 39-46.
- Guillemette, François (2006). «L'approche de la Grounded Theory, pour innover?» *Recherches qualitatives*, vol. 26, no 1, p. 32-50.
- Hanner, L. et J. Witek (1995). *Healing wounded doctor-patient relationship*. Delano, Kashan.
- Hasselkus, B. R. (1988). «Meaning in family caregiving : perspectives on a caregiver/professional relationships». *The Gerontologist*, vol. 28, no 5, p. 686-691.
- Heath, C. (1986). *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Hohl, Janine et Margalit Cohen-Emerique (1999). «La menace identitaire chez les professionnels en situation interculturelle : le déséquilibre entre scénario attendu et scénario reçu». *Canadian Ethnic Studies*, vol. 31, no 1, p. 106-123.
- Hughes, Everett C. (1996). *L'œil sociologique*. Paris, EHESS.
- Institut de la statistique du Québec (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*. Ste-Foy, Institut de la statistique du Québec.
- Jaccoud, M. et R. Mayer (1997). «L'observation en situation et la recherche qualitative», dans *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, J. Poupart, J-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R., Mayer et A. Pires (éd.). Montréal, Gaëtan Morin, p. 211-249.
- Jacob, E. (1988). «Clarifying qualitative research: a focus on traditions». *Educational researcher*, vol. 17, no 1, p. 16-24.
- Jacob, E. (1987). «Qualitative research traditions: a review». *Review of educational research*, vol. 57, no 1, p. 1-50.
- Jeanet, Aurélie (2003). «L'émotion prescrite au travail». *Travailler*, vol 1, no 9, p. 99-112.

Jimenez, Vania, Jacqueline Oxman-Martinez, Margot Loiselle-Léonard et Jacques Marleau (2000). *Bilan des écrits du Québec sur les services de santé et les services sociaux. Rapport de recherche*. Montréal, Immigration et Métropole.

Johnson, C. L. (1994). «Cultural diversity in late life family». Dans *Handbook on Aging and the Family*, R. Blieszner et V. Bedford (éd). Westport, Greenwood Press, p. 307-347.

Johnson, Malcolm (2001). «La conception de la vieillesse dans les théories gérontologiques». *Retraite et société*, vol. 3, no 34, p. 51-67.

Kane, R. A., R. L. Kane, L. H. Illston et N. N. Eustis (1994). «Perspectives on home care quality». *Health Care Financing Review*, vol. 16, p. 69-89.

Kanouté, Fasal (2003). «L'interculturel en classe». Accessible en ligne : <http://www.mels.gouv.qc.ca/dscc/Colloque/conferences/atelierB-9.pdf> [Page consultée le 10 mai 2012].

Karner, T. X. (1998). «Professional caring: Homecare workers as fictive kin». *Journal of Aging Studies*, vol. 12, p. 69-83.

Kattan-Fahrat, M. (1993), «Territoires et scénarios de rencontre dans une unité de soins», Dans *Soins et communication*, sous la dir. de Jacques Cosnier, Michèle Grosjean et Michèle Lacoste. Lyon, Presses de l'Université de Lyon, p. 179-198.

Kaufmann, Jean-Claude (2007). *L'entretien compréhensif*. 2^e édition. Paris, Armand Colin.

Keefe, J., C. Rosenthal et F. Béland (2000). «The Impact of Ethnicity on Helping Older Relatives: Findings from a Sample of Employed Canadians». *Canadian Journal of Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 19, no 3, p. 317-342.

Kitzinger, J., I. Markova et N. Kalampalikis (2004). «Qu'est-ce que les focus groups». *Bulletin de psychologie*, vol. 471, no 3, p. 237-243

Knapp, Mark L., John A. Daly, Kelly Fudge Albada, et al. (2002). «Background and Current Trends in the Study of Interpersonal Communication». *Handbook of Interpersonal Communication*, 3^e édition, Mark L. Knapp, et John A. Daly (éd.), Thousand Oaks, Sage, p. 3-20.

Koufane, N., P. Négroni et M. Vion (2000). «La santé des agents d'accueil, les effets de la nouvelle organisation du travail». *Cahiers de Notes Documentaires de l'INRS*, vol. 179, p. 75-81.

Kritz, M. M., D. T. Gurak et C. Likwang (2000). «Elderly Immigrants : Their Composition and Living Arrangements». *Journal of Sociology and Social Welfare*, vol. 27, no 1, p. 85-114.

Krueger R. A. et M. A. Casey (2000) *Focus groups: a practical guide for applied research*. 3rd edition. Thousand Oaks-London-New Delhi, Sage publications, p. 195-206.

Kyriakos, Markides S. (1998). «Challenges to Minority Aging in the Next Century». *Journal of Applied Gerontology*, vol. 17, no 2, p. 129-132.

Lachapelle, R. (2002). *L'organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratique*. Québec. Les Presses de l'Université Laval.

Lacoste, Michèle (2001). «Peut-on travailler sans communiquer?». Dans *Langage et Travail. Communication, cognition, action*, Anni Borzeix et Béatrice Fraenkel (coord.). Paris, CNRS, p. 21-54.

Lafontaine, Pierre et Camirand, Jocelyne (2002). «Évolution et impact de l'incapacité chez les personnes âgées selon l'enquête québécoise sur les limitations d'activités». *Santé, Société et Solidarité. Revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité*, no 2, p. 39-53.

Lapassade, G. (1996). *La microsociologie*, Paris, Anthropos.

Laperrière, Anne (1997). «La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées», In *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de Jean Poupard, Lionel-Henri Groulx, Jean-Pierre Deslauriers, Anne Laperrière, Robert Mayer et Alvaro P. Pires. Montréal, Gaétan Morin, p. 315 et 330.

Laperrière, Anne (1992). «L'observation directe». Dans B. Gauthier (Dir.) *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. 2e éd. Sillery, Presses de l'Université du Québec, p. 259-271.

Laperrière, Anne et coll. (1992), «Relations ethniques et tensions identitaires en contexte pluriculturel», *Santé mentale au Québec*, vol. 17, p. 133-155.

Laplatine, François (2006). *La description ethnographique*, 2^e édition. Paris, Armand Colin.

Laquerre, Marie-Emmanuelle (2003). *La rencontre médicale interethnique : un rendez-vous manqué? Une approche communicationnelle de la relation patient/médecin résident en situation d'interculturalité*. Mémoire de maîtrise en communication. Université du Québec à Montréal.

Lavoie, Jean-Pierre et Nancy Guberman (2010). «Le recours aux services par les familles immigrantes qui prennent soin d'un proche ayant des incapacités – Question de culture ou de structure? » Dans *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*, sous la dir. d'Alex Battaglini. Anjou, Éditions St-Martin, p. 219-249.

Lavoie, Jean-Pierre, Hélène Belleau, Nancy Guberman, Alex Battaglini, Shari Brotman, Maria Elisa Montejo et Karima Hallouche (2007). «Prendre soin en contexte d'immigration récente. Les limites aux solidarités familiales à l'égard des membres de la famille avec incapacités». *Enfances, Familles, Générations*, no 6.

[Version en ligne :

<http://id.erudit.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/iderudit/016484ar> (Page consultée le 20 mai 2012)

Lavoie, Jean-Pierre, Nancy Guberman, Alex Battaglini, Hélène Belleau, Shari Brotman, Maria-Elisa, Montejo et Karima Hallouche (2006). *Entre le soin et l'insertion. L'expérience de familles d'immigration récente qui prennent soin d'un proche. Rapport de recherche*. Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale. Montréal, Centre de santé et de services sociaux Cavendish.

Lavoie, Jean-Pierre, Jacinthe Pépin, Sylvie Lauzon et al. (1998). *Les modèles de relations entre les services formels et les aidantes naturelles. Une analyse des politiques de soutien à domicile du Québec*. Direction de la santé publique. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Le Bart, C. et R. Lefebvre (2005). «Introduction : Une nouvelle grandeur politique?» Dans *La proximité en politique*, sous la dir. de C. Le Bart et R. Lefebvre. Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Le Breton, David (2004). *L'interactionnisme symbolique*. Paris, PUF.

Le Breton, David (1989). «Soins à l'hôpital et différences culturelles». Dans *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, sous la dir. de C. Camilleri et M. Cohen-Emerique. Paris, l'Harmattan, p. 165-192.

LeCompte, M. D. et J. Preissle (1993). *Ethnography and Qualitative Design in Educational Research*. San Diego, Academic Press.

Leduc, Florence et Jean-Baptiste Delcourt (2007). «Aider, soigner, accompagner les personnes à domicile. Un éclairage sur l'intime». *Gérontologie et société*, no 122, p. 145-149.

Lefebvre, Chantal (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*. Institut national de santé publique du Québec. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Legault, Gisèle (dir.) (2000a). *L'intervention interculturelle*. Boucherville, Gaétan Morin.

Legault, Gisèle (dir.) (2000b). «Québec, société multiethnique». Dans *L'intervention interculturelle*, sous la dir. de Gisèle LeGault. Boucherville, Gaétan Morin, p. 41-50.

Legault, Gisèle et Myriam Lafrenière (1992), «Situation d'incompréhensions interculturelles dans les services sociaux: problématique», dans *Santé Mentale au Québec*, vol. XVII, no 2, p. 113-131.

Legault, Gisèle et Ghislaine Roy, (2000). «Les difficultés des intervenants sociaux auprès des clientèles d'immigration récente», dans *L'intervention interculturelle*, sous la dir. de Gisèle Legault. Boucherville, Gaétan Morin, p. 185-202.

Lesemann, Frédéric (2001). «L'évolution des politiques sociales et le maintien à domicile». *Gérontophile*, vol. 23, no 1, p. 3-6.

Lesemann, Frédéric et Claire Chaume (1989). *Familles-Providence. La part de l'État. Recherche sur le maintien à domicile*. Montréal, Éditions Saint-Martin.

Lesemann, Frédéric et C. Martin (1993a). «Au centre des débats, l'articulation entre solidarités familiales et solidarités publiques». Dans *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*. F. Lesemann et C. Martin (éd). Paris, La documentation française, p. 205-215.

Lesemann, Frédéric et C. Martin (1993b). «La part des familles. Les conditions d'une comparaison internationale». Dans *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, F. Lesemann et C. Martin (éd.) Paris, La documentation française, p. 155-170.

Létourneau, Jocelyn (2002). «Langue et identité au Québec aujourd'hui. Enjeux, défis, possibilités». *Globe : revue internationale d'études québécoises*, vol. 5, no 2, p. 79-110.

Lévy, Joseph (2004). «L'éthique de la recherche qualitative au Canada : quelques enjeux actuels». Dans *Éthique et recherche qualitative dans le secteur de la santé : Échanges sur les défis*, sous la dir. de Hubert Doucet, Édith Gaudreau et Marie Angèle Grimaud. Actes du colloque présenté dans le cadre du 72^e Congrès de l'ACFAS. Montréal, ACFAS, p. 11-21.

Lincoln, Y. S. et E. G. Guba (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Sage Publications.

Lincoln, Y. S. et E. G. Guba (1981). *Effective evaluation : improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, Jossey-Bass.

Lipiansky, Edmond Marc (1997), «Le rapport de places», *Connexions*, no 68.

Lipiansky, Edmond Marc (1994). «Approche de la communication interculturelle à travers la dynamique des groupes». In *Cultures ouvertes. Sociétés interculturelles. Du contact à l'interaction*, vol. 2, sous la dir. de C. Labat et G. Vermès. Paris, L'Harmattan, p. 108-118.

Lipiansky, Edmond Marc (1989a). «Communication, codes culturels et attitudes face à l'altérité», *Intercultures*, no 7, p. 27-37.

Lipiansky, Edmond Marc (1989b). *La communication interculturelle*. Paris: Armand Colin.

Lofland, J. (1974). «Styles of reporting qualitative field research». *The American Sociologist*, vol. 9, 101-111.

Lye, J., H. Perera et A. Rahma (1997). *Grounded Theory Method and Accounting Research*, Parkville, Department of Accounting and Finance, University of Melbourne

Marc, Edmond (2005a). «Pour une psychologie de la communication». Dans *La communication. État des savoirs*, 2^e édition, sous la coord. de Philippe Cabin. Paris, Sciences humaines, p. 35-44.

Marc, Edmond (2005b). «Le face-à-face et ses enjeux». Dans *La communication. État des savoirs*, 2^e édition, sous la coord. de Philippe Cabin. Paris, Sciences Humaines, p. 87-94.

Marc, Edmond et Dominique Picard (2008). *Relations et communications interpersonnelles*. Paris, Dunod.

Marc, Edmond et Dominique Picard (1989). *L'interaction sociale*, Paris, PUF.

Marc Edmond (1992), *Identité et communication*, Paris, PUF.

Markides, Kyriakos S. (1998). «Challenges to Minority Aging Research in the Next Century». *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 17, no 2, p. 129-132.

Markides, Kyriakos et Manuel Miranda (1997), *Minorities, Aging and Health*, Thousand Oaks, CA, Sage.

Martineau, Stéphane (2005). «L'instrumentation dans la collecte de données. L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites». *Recherche qualitative*. Hors Série, no 2, p. 5-17.

Martiniello, M. (1995). *L'ethnicité dans les sciences sociales*. Paris : PUF.

Massé, Raymond (1995). Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal, Gaétan Morin.

Mattelart, Armand et Michèle Mattelart (2002). *Histoire des théories de la communication*, 3^e édition. Paris, La Découverte.

McAll, Christopher, Louise Tremblay et Frédérique Le Goff (1997). *Proximité et distance. Les défis de communication entre intervenants et clientèles multiethniques en CLSC*. Montréal, Éditions Saint-Martin.

McPherson, Barry (1995). «Aging from a Historical and Comparative Perspective : Cultural and Subcultural Diversity», dans *Aging and Inequality : Cultural Constructions of Differences*, sous la dir. de Robynne Neugebauer-Visano, Toronto, Canadian Scholar's Press, p. 31-77.

McWhinney, I. R. (1989). *A textbook of family medicine*. Oxford, Oxford University Press.

Mégie, Marie-Françoise (2005) «La communication en soins à domicile». Dans *La communication professionnelle en santé*, sous la dir. de Claude Richard, Claude et Marie-Thérèse Lussier. Québec, Les Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 763-787.

Meintel, Deirdre, Marguerite Cognet et Annick Lenoir-Achdjian (1999). *Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux*. Série de Publications du CRF, vol. 4, CLSC Côte-des-Neiges.

Michelat, G. (1975). «Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie», *Revue Française de sociologie*, vol. 6, p. 229-247.

Miles Matthew B. et Michael A. Huberman (2003). *Analyse des données qualitatives*, 2^e édition. Bruxelles, De Boeck.

Miller, B., R.T. Campbell, L. Davis, S. Furner, A. Giachello, T. Prohaska, J. E. Kaufman, M. Li et C. Perez (1996). «Minority Use of Community Long-Term Care Services : A Comparative Analysis», *Journal of Gerontology : Social Sciences*, vol. 51B, no 2, p. S70-S80.

Miner, S. (1995), «Racial Differences in Family Support and Formal Service Utilization among Older Persons: A Non Recursive Model», *Journals of Gerontology: Social Sciences*, vol. 50B, p. S143-S153.

Ministère de la santé et des Services sociaux (Gouvernement du Québec) (2005). *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la santé et des Services sociaux (Gouvernement du Québec) (2004). *Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la santé et des Services sociaux (Gouvernement du Québec) (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la santé et des Services sociaux (Gouvernement du Québec) (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. [Version en ligne : www.msss.gouv.qc.ca (Page consultée le 13 août 2007)].

Ministère de la santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique (Gouvernement du Québec) (1999). *Bien vivre avec son âge. Revue de la littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées*. Collection Promotion de la santé. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de l'immigration et des communautés culturelles. Direction de la recherche et de l'analyse prospective (2011). *Caractéristiques de l'immigration au Québec – Statistiques*. Gouvernement du Québec.

Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux du Canada (2005). *Aînés en marge. Les aînés des minorités ethnoculturelles*, Ottawa, Conseil consultatif sur le troisième âge.

Molinier, Pascale (2010). *Éthique et travail du care*. Université de Sao Paulo, 26-27 août.

Molinier, Pascale (2000). «Travail et compassion dans le monde hospitalier», In Dominique Fougeyrollas-Schwebel, *La relation de services : regards croisés*, Paris, L'Harmattan, p. 73-86.

Montejo, Maria Elisa (2007). *Les aînés issus des communautés ethnoculturelles au Québec et les services de santé et sociaux, un état de la situation*. Montréal, Alliance des communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux (ACCÉSSS).

Moreau, Alain, Marie-Cécile Dedianne,, Laurent Letrilliart et al. (2004). «S'approprier la méthode du Focus Group». *La Revue du Praticien. Médecine générale*, Tome 18, no 645, p. 382-384.

Morin, Paul, Marie Crevier, Yves Couturier, Yves, Nathalie Dallaire, Henri Dorvil, Janique Johnson-Lafleur (2009). *Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de Soutien à domicile, Enfance/Jeunesse/Famille et Santé mentale. Rapport de recherche*. Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Centre de Santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Mucchielli, Alex (2007). «Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives». *Recherches qualitatives*, Hors série, no 3, p. 1-27.

Mucchielli, Alex (2005a). «Recherche qualitative et production des savoirs. Le développement des méthodes qualitatives de l'approche constructiviste des phénomènes humains». *Recherches qualitatives*, Hors série, no 1, p. 7-40.

Mucchielli, Alex (2005b). «L'approche communicationnelle». Dans *La communication. État des savoirs*, 2^e édition, sous la coord. de Philippe Cabin et Jean-François Dortier. Paris, Sciences Humaines, p. 189-198.

Mucchielli, Alex (2005c). «Les modèles de la communication». Dans *La communication. État des savoirs*, 2^e édition, sous la coord. de Philippe Cabin et Jean-François Dortier. Paris, Sciences Humaines, p. 45-58.

Mucchielli, Alex et Claire Noy (2005). *Étude des communications : Approches constructivistes*. Paris, Armand Colin.

Newbold K. Bruce et Jeff Danforth (2003). «Health status and Canada's immigrant population». *Social Science & Medicine*, vol. 57, p. 1981-1995.

Newbold K. Bruce et John K. Filice (2006). «Health Status of Older Immigrants to Canada». *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 25, no 3, p. 305-319.

Neysmith, Sheila, M. (1996). «Les soins à domicile et le travail des femmes : la force de l'habitude». *Lien social et Politiques*, no 36, p. 141-150.

Neysmith, Sheila, M. et James Aronson (1996). «Home care workers discuss their work : The Skills Required to "Use Your Common Sense"». *Journal of Aging studies*, vol. 10, no 1, p. 1-14.

Noelker L. S. et al. (1998), «Attitudinal Influences on the Elderly's Use of Assistance», *Research on Aging*, vol. 20, p. 317-338.

Norgard, T. M. et W. L. Rogers (1997). Patterns of in-home care among elderly Black and White Americans. *Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, vol. 52B, no spécial, p. 93-101.

Ntetu, A. L. et B. Vissandjée (1997), «Interactions en contexte clinique pluriculturel: regard critique et illustration», dans *Nous et les autres : les constructions identitaires au Québec et ailleurs*, Turgeon, L., éd., CELAT, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Olazabal, Ignace (2011). *Immigration et vieillissement. Une réalité à géométrie variable*. Dans *Colloque IRIS. Vieillissement. Sortir du fatalisme* (Montréal, 14 octobre), Forum des citoyens aînés de Montréal. École de travail social, UQAM.

Olazabal, Ignace, Robert Bastien et Julie Goulet (2005). *Portrait du contexte de l'intervention au CLSC Parc Extension. Vers l'élaboration d'une approche des communautés*, CLSC Parc Extension (document interne).

Olazabal, Ignace, Josiane LeGall, Catherine Montgomery, Marie-Emmanuelle Laquerre et Isabelle Wallach (2010). «Diversité ethnoculturelle et personnes âgées immigrantes. Une approche géoanthropologique». Dans *Vieillir au pluriel, Perspectives sociales*, sous la dir. de Michèle Charpentier, Nancy Guberman, Véronique Billette, Jean-Pierre Lavoie, Amanda Grenier et Ignace Olazabal. Québec, Presses de l'université du Québec, p. 73-92.

Olson, L.K. (éd.) (2001). *Age Through Ethnic Lenses : Caring for the Elderly in a Multicultural Society*, Oxford (G.-B.), Rowman & Littlefield Publishers.

Ouellet, Monique (1994). «Formateurs d'adultes et milieux multiethniques: des besoins de formation». Dans *Cultures ouvertes. Sociétés interculturelles. Du contact à l'interaction*, vol. 2, sous la dir. de Claudine Labat et G. Vermès. Paris, L'Harmattan, p. 47-48.

Pagé, Michel (1991). «Conserver le pluralisme ethnoculturel par les institutions démocratiques». Dans *Identité, culture et changement social*, M. Lavallée, F. Ouellet, et F. Larose (éd.). Paris, L'Harmattan, p. 113-125.

Paillé, Pierre (1994). «L'analyse par théorisation ancrée». *Cahiers de recherche sociologique*, no 23, p. 147-181.

Paillé, Pierre et Alex Mucchielli (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 2^e édition. Paris, Armand Colin.

Paquet, Mario (2005). *Vivre une expérience de soins à domicile*, 3^e édition. Québec, Les Presses de l'université Laval.

Paquet, Mario (2001a). «“Autonome s'démène”. Témoignage d'une citoyenne engagée dans le maintien à domicile de son conjoint, fiction ou réalité?». *Gérontophile*, vol. 23, no 1, p. 7-12.

Paquet, Mario (2001b). «Comprendre la logique familiale de soutien aux personnes âgées dépendantes pour mieux saisir le recours au service». Dans *Personnes âgées*

dépendantes en France et au Québec. *Qualité de vie, pratiques et politiques*, J.-C. Henrard, O. Firbank, S. Clément et al. Paris, Inserm, p. 77-96.

Paquet, Mario (1999). *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*. Paris, L'Harmattan.

Payot, Antoine (2004). « Les comités d'éthique de la recherche face à la recherche qualitative en milieu de soins : une évaluation possible à partir des critères de qualité de la recherche? » Dans *Éthique et recherche qualitative dans le secteur de la santé : Échanges sur les défis*, Hubert Doucet, Édith Gaudreau et Marie-Angèle Grimaud (2004). Actes du colloque présenté dans le cadre du 72^e Congrès de l'ACFAS. Montréal, ACFAS, p. 73-86.

Pelchat, Y., R. Malenfant, N. Côté et J. Bradette (2004). *La pratique de l'intervention sociale en CLSC. Identités et légitimités professionnelles en transformation*. Équipe RIPOST, CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, Québec.

Pène, S., A. Borzeix et B. Fraenkel (2001). *Le langage dans les organisations. Une nouvelle donne*. Paris, L'Harmattan.

Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie. L'observation*, Paris, La Découverte.

Picard, Dominique (2001). « Transition et ritualité dans l'interaction sociale ». *Connexions*, no 76, p. 81-93.

Picard, Dominique (1995). *Les rituels du savoir-vivre*, Paris, Seuil.

Piercy, Kathleen W. (2000). « When It Is More Than a Job: Close Relationships between Home Health Aides and Older Clients ». *Journal of Aging and Health*, vol. 12, no 3, p. 362-387.

Piercy, K. W. et , D. N. Woolley (1999). « Negotiating worker-client relationships: A necessary step to providing quality home health care ». *Home Health Care Services Quarterly*, vol. 18, 1-24.

Pirès, A. P. (1997). « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique ». Dans *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de J. Poupert, J.-P. Deslauriers, L.- H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer et A.P. Pirès. Boucherville, Gaétan Morin, p. 113-172.

Poupert, A., Groulx, Mayer et al. (1998). *La recherche qualitative. Diversité des champs et des pratiques au Québec*. Montréal, Gaétan Morin.

Pourchez, L. (2008). « Multimédia et anthropologie : de la mode à la narration réflexive », *Ethnographie.org*, no 16, p. 1-22.
[En ligne] URL : <http://www.ethnographiques.org/2008/Pourchez.html> (consulté le 11 novembre 2011).

Pourtois, J.-P. et H. Desmet (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelles, Pierre Mardaga.

Pretceille-Abdallah, Martine (1999). «La communication interculturelle, du cliché à l'énigme». Dans *Diagonales de la communication interculturelle*, sous la dir. de Martine Abdallah-Pretceille et Louis Porcher. Paris, Anthropos, p. 7-22.

Rhéaume, Jacques, Robert Sévigny et Louise Tremblay (2000). *La sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique*, no 6. Montréal, Centre de recherche et de formation CLSC Côte-des-Neiges.

Ribert-Van De Weerd, Corinne (2001). *Analyse des émotions en situation de travail, une approche psycho-ergonomique*. I.N.R.S., Laboratoire Ergonomie et Psychologie Appliquées à la Prévention, p. 155-161.

Richard, Claude et Marie-Thérèse Lussier (dir.) (2005). *La communication professionnelle en santé*. Québec, Les Éditions du Renouveau Pédagogique.

Richard, Claude et Marie-Thérèse Lussier, (2005a). «Introduction». Dans *La communication professionnelle en santé*, sous la dir. de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier. Québec, Les Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 1-7.

Richard, Claude et Marie-Thérèse Lussier (2005b). «Les manifestations de la composante d'une relation». Dans *La communication professionnelle en santé*, sous la dir. de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier. Québec, Les Éditions du Renouveau Pédagogique, p. 35-60.

Rogers, C.R. et R. Sanford (1985). «Client-Centered Psychotherapy» in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4^e éd. Baltimore, Williams & Wilkins, p. 1374-1388.

Rowles, Graham D. (1998). «Perspectives on Minority Aging». *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 17, no 2, p. 117-118.

Roy, Ghyslaine (2000). «Les modèles de pratique». Dans *L'intervention interculturelle*, sous la dir. de G. Legault. Montréal, Gaétan Morin, p. 131-145.

- Roy, Ghyslaine et Catherine Montgomery (2003). «Practice with Immigrants in Quebec» dans *Multicultural Social Work in Canada*. Oxford, New York: Oxford University Press, p. 122-145.
- Roy, Jacques (1994). *Priorités de recherche en soutien à domicile. Bilan des consultations en CLSC*. Québec, Centre de recherche sur les services communautaires. Faculté des sciences sociales. Université Laval.
- Royer, Chantal (2007). «Peut-on fixer une typologie des méthodes qualitatives?» *Recherches qualitatives*, Hors-série no. 5, p. 82-98.
- Saillant, Francine (2000). «Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes». *Anthropologie et Sociétés*, vol. 21, no 1, p. 155-171.
- Saillant, Francine (1999). «Chercher l'invisible : épistémologie et méthode de l'étude de soins». *Recherches qualitatives*, vol. 20, p. 125-158.
- Saillant, Francine (1996). «Les soins domestiques au Québec : évolution d'un programme de recherche appuyé sur une méthodologie qualitative». *Recherche qualitative*, vol. 15, p. 23-49.
- Saillant, Francine (1992). «La part des femmes dans les soins de santé». *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 28, no 66, p. 95-106.
- Saillant, Francine (1991). «Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion». *Recherches féministes*, vol. 4, no 1, p. 11-30.
- Saillant, Francine, Doris Châteauneuf, Marguerite Cagnet et Martin Charland (2009). «L'intervention auprès des réfugiés. Accueil, proximité, transformation». Dans *Proximités. Lien, accompagnement et soins*, sous la dir. de Michèle Clément, Lucie Gélinau et Anaïs-Monica McKay. Laval, Presses de l'université du Québec, p. 41-64.
- Saillant, Francine et Éric Gagnon (1999). «Vers une anthropologie des soins?» *Anthropologie et Sociétés*, vol. 23, no 2, p. 5-14.
- Saillant, Francine, Louise Hagan et Gisèle Boucher-Dancause (1994). «Contenu, contexte et enjeux sociaux de la pratique des soins infirmiers à domicile». *Service social*, vol. 43, no 1, p. 105-126.

Salins de, Geneviève-Dominique (1999). «Une contribution à l'ethnographie de la communication de type interculturel». In *Diagonales de la communication interculturelle*, sous la dir. de M. Abdallah-Pretceille et L. Porcher. Paris, Anthropos, p. 23-46.

Samaoli, Omar, Peter Linblad, Kirsten Amstrup, Naina Patel et Mirza Naheed R. (2000). *Vieillesse, démence et immigration. Pour une prise en charge adaptée des personnes âgées migrantes en France, au Danemark et au Royaume-Uni*. Paris, l'Harmattan.

Sarbaugh, L. (1979). *Intercultural Communication*. Rochelle Park, NJ, Hayden.

Savoie-Zajc, Lorraine (2007). «Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide?» *Recherches qualitatives*, Hors-Série, no 5, p. 99-111.

Savoie-Zajc, Lorraine (2000). «La recherche qualitative/interprétative en éducation». Dans *Introduction à la recherche en éducation*, T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (éd.). Sherbrooke, Éditions du CRP, p. 171-198.

Schwandt, T.A. (1997). *Qualitative Inquiry : A Dictionary of Terms*. Thousand Oaks, Sage.

Sévigny, Robert et Louise Tremblay (1999). «L'adaptation des services de santé et des services sociaux en contexte pluriethnique» Dans *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, sous la dir. de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest, Vincent Lemieux. Montréal, Presses de L'université de Montréal, p. 77-94.

Sévigny, Robert (1997). *L'Intervention en milieu pluriethnique*. Laval, Régie régionale de Laval.

Statistique Canada (2009). «Importance de la population immigrée dans la population totale selon le groupe d'âge, Québec». *Population immigrée recensée au Québec et dans les régions en 2006: caractéristiques générales. Recensement de 2006*. Compilation spéciale du MICC.

Statistiques Canada (2007). «Âge et sexe, répartition en pourcentage pour les deux sexes, pour le Canada, les provinces et les territoires et les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement – Données intégrales (100%)». *Recensement 2006. Faits saillants et tableaux*. [Version en ligne : www12.statcan.ca/english/census06/data/highlights/agesex/pages/Page.cmf?Lang. (Page consultée le 3 novembre 2011)]

Statistique Canada, recensement de la population 2006. [Version en ligne : http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=6897,67857578&_dad=portal&_schema=PORTAL (page consultée le 7 février 2012).

St-Arnaud, Yves (1995). *L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération*, 2^e édition. Presses de l'Université de Montréal, Montréal.

Stephan, W. et C. Stephan (1989). «Antecedents of intergroup anxiety in Asian-Americans and Hispanic-Americans», *International Journal of Intercultural Relations*, no 13, p. 203-219.

Stewart, D., P. Shamdasani, P. et D. V. Rook (2007). *Focus groups : Theory and practice*, 2^e éd. London/New Delhi, Sage.

Stoicu, Gina (2008), «L'émergence du domaine d'étude de la communication interculturelle», *Hermès*, vol. 51, p. 33-40.

Strauss, Anselm. (1992). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, 2^e éd. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. Paris, l'Harmattan.

Strauss, Anselm (1978). *Negotiations : Varieties, Contexts, Processes, and Social Order*. New York, Jossey-Bass.

Strauss, Anselm et Juliet Corbin (1990). *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. London, Sage.

Strauss, Anselm, L. Schatzman, D. Ehrlich, R. Bucher et M. Sabshin (1992). «L'hôpital et son ordre négocié», dans *La trame de la négociation*, 2^e éd., sous la dir. d'Anselm Strauss. Paris, l'Harmattan, p. 87-112.

Tap, P. (1991). «L'identification est-elle une aliénation de l'identité ?» Dans *Identité individuelle et personnalisation*, P. Tap (réd.). Toulouse, Privat, p. 237-250.

Theureau J. et L. Pinsky (1983). «Action et parole dans le travail infirmier», *Psychologie française*, vol. 28, no 3-4, p. 255-264.

Thibault, Normand, Esther Létourneau et Chantal Girard (2004). «Données sociodémographiques en bref. Nouvelles perspectives de la population du Québec, 2001-2051». *Institut de la statistique du Québec*, vol. 1, no 2, p. 1-8.

Thomas, C. (1993), «De-constructing Concepts of Care», *Sociology*, vol. 27, no 4, p. 549-669.

Thompson, Teresa L. et Roxanna Parrott (2002). «Interpersonal Communication and Health Care». Dans *Handbook of Interpersonal Communication*, 3^e édition, Mark L. Knapp, et John A. Daly (éd.). Thousand Oaks, Sage, p. 680-725.

Torres, Sandra (2008), «L'ère des migrations. Définition et importance pour la gérontologie sociale en Europe», *Retraite et société*, vol 3, no 55, p.15-37.

Torres, Sandra (2006). «Elderly Immigrants in Sweden: Otherness under Construction». *Journal of Ethnic and Migrations Studies*, vol. 32, no 8, p. 1341-1358.

Touré, El Hadj (2010). «Réflexion épistémologique sur l'usage des *focus groups* : fondements scientifiques et problèmes de scientificité». *Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages I. Recherches qualitatives*, vol. 29, no 1, p. 5-27.

Tremblay, Louise, Michèle-Isis Brouillet, Jacques et Marie-Emmanuelle Laquerre, (2006). *La communication avec interprète dans l'intervention à domicile*. Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, no 12.

Trépanier, S. (2002). *Le maintien à domicile: un état de situation*. Gouvernement du Québec.

Trudel, Louis, Claudine Simard et Nicolas Vonarx (2007), «La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire?», *Recherche qualitative*, Hors-série no 5, p. 38-45.

Ujimoto, K.V. (1995). «The Ethnic Dimension of Aging in Canada», dans Neugebauer-Visano Robynne, *Aging and Inequality: Cultural Constructions of Differences*, Toronto, Canadian Scholars' Press, p. 3-29.

UNESCO (1982). *Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles*. Conférence mondiale sur les politiques culturelles. Mexico City, 26 juillet - 6 août 1982

Van der Maren, Jean-Marie (1996). «La recherche qualitative peut-elle être rigoureuse?», *Cahiers de recherche HEC*, no 96, p. 1-9.

Vaysse, J. (1991). «La sémiotique des gestes centrés sur le corps et leurs implications langagières dans le site médical», *Semiotica*, vol. 3, no 4, p. 319-340.

Vaysse, J. (1990). «Le cœur qui bat, le cœur qui aime», *L'Ane, magazine freudien* : «La mutation des médecins», no 41, p. 51-52.

Vega, Anne (2001). *Pour une approche anthropologique des soins de santé*. Bruxelles, De Boeck.

Vega, Anne (2000). *Une ethnologue à l'hôpital*. Paris, Éd. des archives contemporaines.

Vercauteren, Richard et Nathalie Babin (1998). *Le projet du maintien à domicile des personnes âgées*. Ramonville, Editions Erès.

Vézina, Aline (2001). «Aidants informels, fonctionnement familial et soutien à domicile des personnes âgées». Dans *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*. J.-C. Henrard, O. Firbank, S. Clément et al. Paris, Inserm, p. 63-76.

Vézina, Aline et Jean Tardif, C. (1994). «Recensions des écrits sur le soutien à domicile: la personne âgée et les ressources communautaires, des acteurs oubliés». *Service social*, vol. 53, no 1, p. 68-83.

Vissandjée, Bilkis et Sophie Dupéré (2000). «La communication interculturelle en contexte clinique». *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 32, no 1, p. 99-113.

Watzlawick, Paul, Janet Helmick Beavin et Don D. Jackson (1972). *Une logique de la communication*, trad, fr. Paris, Seuil.

Wear, Delese (2003). «Insurgent Multiculturalism : Rethinking How and Why we Teach Culture in Medical Education», *Academic Medicine*, vol. 78, no 6, p. 549-554.

Wilmoth, J. M. (2001). «Living Arrangements Among Older Immigrants in the United States». *The Gerontologist*, vol. 41, no 2, p. 228-238.

Winkin, Yves (2005). «Vers une anthropologie de la communication?». Dans *La communication : État des savoirs*, 2^e édition, sous la coord. De Philippe Cabin. Paris, Sciences humaines, p. 95-102.

Winkin, Yves (1981). *La nouvelle communication*. Paris, Seuil.

Witte, Kim et K. Morrison (1995). «Intercultural and Cross-Cultural Health Communication. Understanding People and Motivating Healthy Behaviors». Dans

Intercultural Communication Theory, sous la dir. de R. L. Wiseman, *International and Intercultural Communication Annual*, vol. XIX, Sage, Thousand Oaks, p. 216-246.

Wittezaele, Jean-Jacq
ues et Teresa Garcia (1992). *A la recherche de l'école de Palo Alto*, Paris, Seuil.

Woodruff, L. et R. Applebaum (1996). «Assuring the quality of in-home supportive services: A consumer perspective». *Journal of Aging Studies*, vol. 10, p. 157-169.

Yuen, Jacqueline K. (2006). «Reflections of Medical Students on Visiting Chronically Ill Older Patients in the Home». *Journal of American Geriatrics Society*, vol. 54, no 11, p. 1778-1783.
